

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PAR ARTICLE PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR GENEVIÈVE LALIBERTÉ

PERCEPTIONS ET ATTITUDES DE PERSONNES RÉFUGIÉES À L'ÉGARD DE
LA SANTÉ MENTALE ET DES SERVICES D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE
OFFERTS À LEUR ARRIVÉE AU QUÉBEC

AOÛT 2020

Sommaire

Le Canada accueille chaque année 35 000 personnes réfugiées en moyenne, dont environ 17 % s'installent au Québec. En 2016, les communautés Afghane et d'Afrique subsaharienne étaient les plus nombreuses dans la région de Sherbrooke. Ayant fui la guerre, l'instabilité politique et les violences, ces personnes présentent souvent de la détresse émotionnelle et des difficultés psychologiques à certains moments de leur parcours post-migratoire. Toutefois, les soins de santé et les services psychosociaux octroyés aux personnes réfugiées ne sont pas toujours adaptés à leurs besoins et réalités culturelles. Pour améliorer l'efficacité des services qui leur sont offerts, il importe d'outiller davantage les intervenants pour qu'ils développent leur sensibilité culturelle ainsi qu'une meilleure compréhension des besoins spécifiques à chacune des principales communautés migratoires. Il importe également d'évaluer l'adéquation des services disponibles à leur arrivée au Québec. Ce mémoire doctoral a pour objectif d'explorer et de comprendre les perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale des communautés Afghane et d'Afrique subsaharienne de Sherbrooke, ainsi que leurs expériences de l'évaluation psychosociale offerte à leur l'arrivée. À cet effet, une étude qualitative a été conduite auprès de 28 personnes réfugiées issues de ces communautés et auprès de deux travailleuses sociales de la Clinique des Réfugiés. Les résultats de cette étude sont présentés dans un article portant plus spécifiquement sur l'amélioration des services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées suite à leur arrivée au Québec. Des recommandations proposées par les participants pour améliorer l'évaluation psychosociale sont présentées et discutées à la lumière de celles faites par

des experts. L'exhaustivité de l'évaluation, son format actuel, et les courts délais de temps prévus pour l'effectuer sont notamment questionnés. Les résultats de l'étude mettent de l'avant l'importance d'adapter les services en fonction des besoins et de la réalité des personnes réfugiées. Les résultats soulignent également l'importance de réfléchir à différentes mesures pour faciliter l'accès aux services de santé mentale et psychosociaux et pallier les iniquités d'accès auxquels sont assujetties les personnes réfugiées. Cette étude appuie la pertinence de s'intéresser à la perspective des personnes réfugiées pour améliorer les services et les interventions cliniques leur étant offerts. Enfin, les résultats de cette étude soutiennent certaines pratiques cliniques à favoriser auprès des personnes réfugiées, notamment prendre le temps d'établir un langage commun au moment d'aborder la santé mentale, d'explorer les besoins et les appréhensions, et d'établir un lien de confiance.

Mots clés : réfugiés, santé mentale, évaluation psychologique et psychosociale.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de mémoire doctoral, Maryse Benoit et Lara Maillet, pour votre soutien et votre apport considérable à toutes les étapes du projet de recherche. Grâce à vous, j'ai eu une opportunité en or pour réaliser un projet de recherche stimulant au sein d'une équipe multidisciplinaire dynamique. Vous m'avez fait confiance dans le déploiement de l'objectif qualitatif de ce projet de recherche, ce qui m'a permis de développer mon plein potentiel. Face à ma fougue et ma détermination pour mener à terme ce projet, vous avez su me suivre ainsi que me contenir. Sans votre disponibilité, votre investissement et votre ouverture, je n'aurais pas pu atteindre mes objectifs. Votre appui pour l'obtention de plusieurs bourses d'études m'a par ailleurs beaucoup aidé.

Je remercie les Fonds de recherche du Québec société et culture (FRQSC), le Réseau de Recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA), et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) de m'avoir soutenue dans ce processus de recherche grâce à des bourses d'études. Je remercie également ces institutions de s'intéresser à la cause des personnes réfugiées.

Je tiens à souligner l'apport de professeurs et de superviseurs marquants, auprès desquels j'ai eu la chance d'apprendre au cours de ma formation doctorale. Ce parcours est aussi marqué par ma cohorte et les expériences que nous avons partagées. En réalité,

être psychologue ne s'apprend pas dans les livres, et c'est en grande partie grâce à vous tous que j'ai eu accès à l'essentiel pour grandir et devenir. La solidarité et le profond respect qui ont soudé nos liens dès les premières semaines de la formation de notre cohorte demeurent solidement ancrés en moi. La complétion de mon mémoire doctoral se veut également un message d'espoir pour celles et ceux d'entre vous qui doutent : C'est possible.

Malgré les aspects positifs de cette expérience de recherche, j'ai aussi été confrontée à plusieurs défis. Bien que les apprentissages tirés de cette expérience me seront utiles pour le futur, je regrette que cette expérience ait dû être aussi souffrante. Les exigences du programme de doctorat pour le terminer dans les délais prévus, incluant la complétion du mémoire doctoral, sont selon moi inhumaines et nocives. Pour mener à terme mon mémoire doctoral, j'ai sacrifié ma santé physique, mentale, ma vie sociale et spirituelle. Il m'apparaît déplorable et paradoxal que la formation de professionnels en santé mentale ait pour conséquence de les laisser vidés, dépourvus et blessés au terme de leurs études. La posture critique et politique que j'ai développée au cours de mon expérience de recherche servira éventuellement à m'impliquer pour adresser cet enjeu.

En ce sens, je tiens à remercier de tout cœur ma famille et mes ami.es, qui m'ont sans cesse soutenue de toutes les manières possibles dans ce parcours ardu. Un remerciement tout spécial à mon amoureux, qui a su être présent dans mes moments de découragements les plus insoutenables, et faire en sorte que je n'oublie pas que tout est éphémère, et de profiter du moment présent.

Je remercie finalement les personnes ayant rendu possible ce projet de recherche, dont les travailleurs sociaux et gestionnaires de la Clinique des Réfugiées de Sherbrooke, la banque d'interprètes du Service d'Aide aux Néocanadiens et leurs interprètes, France Desjardins, Brigitte Vaillancourt, Luiza Maria Manceau et Claude Charpentier. Un merci spécial à Jessica Gagnon, Sarah Vandal et Philippe Bégin pour votre aide lors de la collecte de données.

Ces remerciements seraient incomplets sans mentionner la participation incommensurable des participants de cette étude. Chacune des personnes immigrantes, réfugiées et demandeurs d'asile que j'ai eu la chance de côtoyer dans le cadre de la recherche, de mes stages et de mon internat, m'ont marquée au-delà des mots. Merci pour votre confiance, pour votre résilience inspirante et contagieuse, et pour avoir nourri ma volonté de poursuivre mon travail dans le sens de la justice de compassion.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	iv
Introduction.....	1
Problématique	3
Contexte du projet de recherche	10
Recherche sur la santé mentale et l'adéquation des services auprès des communautés culturelles au Canada	12
Méthode de recherche et posture épistémologique	15
Choix du devis de recherche.....	19
Processus de recrutement et de collecte de données	23
Qualité scientifique du projet de recherche	24
Présentation de l'article scientifique.....	27
Article. Améliorer les services d'évaluation psychosocial offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec	29
Introduction.....	31
Objectif	35

Méthodologie	37
Résultats.....	42
Discussion.....	56
Implications de l'étude pour améliorer le BBE et les services psychosociaux.....	66
Conclusion	69
Adaptation de la pratique clinique auprès des personnes réfugiées.....	70
Autres résultats en lien avec les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale.....	74
Limites et forces du projet de recherche	87
Retombées et pistes de recherche futures	90
Mot de conclusion	91
Références.....	95
Appendice A : Canevas d'entrevue pour l'entrevue individuelle auprès des personnes réfugiées.....	103
Appendice B : Canevas d'entrevue pour le groupe de discussion auprès des personnes réfugiées.....	107
Appendice C : Canevas d'entrevue pour l'entrevue individuelle auprès des professionnels	112

Appendice D : Invitation à participer pour les personnes réfugiées, entrevues individuelles	116
Appendice E : Invitation à participer pour les personnes réfugiées, entrevues de groupe.....	119
Appendice F : Formulaire de consentement en français pour l’entrevue individuelle auprès des personnes réfugiées.....	122
Appendice G : Formulaire de consentement en anglais pour l’entrevue individuelle auprès des personnes réfugiées.....	129
Appendice H : Formulaire de consentement en français pour le groupe de discussion auprès des personnes réfugiées.....	135
Appendice I : Formulaire de consentement en anglais pour le groupe de discussion auprès des personnes réfugiées.....	142
Appendice J : Formulaire de consentement pour l’entrevue individuelle avec les professionnels.....	149
Appendice K : Formulaire de collecte de données démographique en français.....	157
Appendice L : Formulaire de collecte de données démographique en anglais	159
Appendice M : Grille d’observation... ..	161
Appendice N : Arbre de codes	164
Appendice O : Relevé de thèmes	169
Appendice P : Affiche scientifique... ..	177
Appendice Q : Preuves de soumission... ..	179

Introduction

Dans le cadre du volet pratique du parcours doctoral en psychologie clinique, j'ai concentré ma formation en psychologie interculturelle, et plus particulièrement auprès de personnes réfugiées. Mes expériences de stage et d'internat se sont déroulées dans des organismes communautaires de Sherbrooke et de Montréal, spécialisés entre autres dans l'accueil des personnes réfugiées. Dans ces organismes, la majorité des références pour des services de psychothérapie proviennent du bilan de santé et psychosocial effectué systématiquement suite à l'arrivée des personnes réfugiées au Québec. En effet, il semble que l'accès à des services de psychothérapie dans le réseau public soit actuellement limité, particulièrement pour des services adaptés aux personnes réfugiées. Les organismes communautaires spécialisés auprès de cette clientèle reçoivent donc un grand nombre de références. Lors de mes expériences en pratique clinique, j'ai rapidement constaté que la psychothérapie auprès de cette clientèle spécifique requiert certaines adaptations, qui ont suscité chez moi plusieurs questionnements. Dans le but d'améliorer ma pratique, la nécessité d'en apprendre davantage sur les perspectives et les attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale, et des services d'évaluation psychosociale qui leur sont offerts, est devenue évidente. La documentation disponible à ce sujet apparaissait insuffisante, particulièrement la recherche prenant en compte l'accueil des personnes réfugiées au Québec. De plus, au contact des personnes m'étant référées, il m'est apparu essentiel de m'intéresser à la perspective des personnes réfugiées pour mieux adapter les services qui leur sont offerts. Avec l'intention de répondre au moins partiellement à ce besoin clinique, ce mémoire doctoral porte sur les perspectives et les attitudes des personnes

réfugiées à l'égard de la santé mentale et des services d'évaluation psychosociale offerts à leur arrivée au Québec. Ce mémoire doctoral est divisé en trois sections : la première section (introduction) vise à donner plus d'informations sur la problématique, le contexte du projet de recherche et la méthode de recherche. En seconde partie, un article soumis à la Revue québécoise de psychologie présente les principaux résultats de recherche ayant trait à l'amélioration des services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées suite à leur arrivée au Québec. En troisième partie, la conclusion présente notamment l'utilité des résultats pour la pratique clinique, d'autres résultats de l'étude n'ayant pas été abordés dans l'article, ainsi que les forces, les limites et les retombées de la présente étude.

Problématique

L'état de santé et de bien-être des personnes immigrantes est en moyenne meilleur que celui de la population générale au cours des premières années suivant leur arrivée au Canada (Kandula, Kersey, & Lurie, 2004; Beiser, 2005). Or, l'état de santé psychologique spécifique aux personnes réfugiées peut être plus fragile (Kirmayer et al., 2011). Le statut de réfugié est attribué à des personnes ayant été forcées de fuir leur pays d'origine à cause de persécution, de guerre ou de violence. Les personnes reconnues comme réfugiées craignent avec raison d'être persécutées en raison de l'appartenance communautaire, la religion, la nationalité, les opinions politiques ou l'appartenance à un groupe social, et ne peuvent réclamer la protection de leur pays où y retourner en raison de leurs craintes (Convention de 1951 relative au statut des réfugiés,

UNHCR).

Le parcours migratoire inclut trois principales phases : la phase pré-migratoire, migratoire et post-migratoire. Lors de la phase pré-migratoire, l'exposition à la violence est considérée comme un facteur de risque majeur au développement de problèmes de santé mentale et de difficulté d'adaptation suite à l'arrivée au pays d'accueil (Ngo, Tran, Gibbons, & Oliver, 2001). Puis, l'expérience migratoire en tant que telle, comprenant l'attente et de multiples pertes, représente également l'un des plus grands déterminants de santé mentale pour les personnes immigrantes et réfugiées (McArdle & Spina, 2007; Rousseau, Hassan, Moreau, Jamil, & Lashley, 2010). Lorsqu'enfin arrivées à destination, plusieurs personnes réfugiées rapportent vivre un stress important au moment de la réinstallation au pays d'accueil (Beiser, 2010; Simich, Beiser, & Mawani, 2003). Au cours du processus migratoire dans son ensemble, l'exposition à la violence est identifiée comme un facteur de risque important en ce qui a trait à la santé mentale des personnes réfugiées, et peut complexifier l'intégration au pays d'accueil (Ngo, Tran, Gibbons, & Oliver, 2001). Les difficultés d'accès aux services de santé et aux services psychosociaux ainsi que le nombre restreint de services offerts qui sont adaptés pour desservir une population ethnoculturelle renforcent significativement la vulnérabilité de cette population (Hannigan, O'Donnell, O'Keeffe, & MacFarlane, 2016).

Une vaste revue de la littérature menée au Canada par Kirmayer et ses collègues (2011), révèle que parmi les personnes réfugiées ayant été exposées à la guerre ou à la violence organisée et ayant vécu une migration forcée, certains troubles de santé mentale, tels que le trouble de stress post-traumatique, la dépression, les douleurs

chroniques et autres symptômes somatiques, apparaissent significativement plus élevés que dans la population générale.

Cette étude suggère que, bien qu'une grande partie des personnes réfugiées arrivent à s'ajuster à la réinstallation au pays d'accueil, il est nécessaire que les intervenants travaillant auprès de cette population soient en mesure d'identifier rapidement les difficultés de santé mentale suite à leur arrivée au pays d'accueil. Selon cette étude, les difficultés nécessitant des soins peuvent être préexistantes, mais peuvent aussi émerger durant la période de réinstallation. Pour être optimaux, Kirmayer et ses collègues (2011) recommandent entre autres que les soins de santé mentale soient offerts de manière proactive et préventive aux personnes réfugiées, et soulignent l'émergence possible de détresse psychologique nécessitant des soins au-delà des premières semaines d'installation au pays d'accueil.

Une passerelle vers un avenir en santé. L'année suivant la publication de cette importante étude canadienne (Kirmayer et al. 2011), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place le programme « Une passerelle vers un avenir en santé » (communément appelé le programme *Passerelle*), dans 14 villes d'accueil des personnes réfugiées au Québec. Ce programme inclut un bilan de santé physique, ainsi qu'un bilan de bien-être (BBE) effectué auprès des réfugiés. Les Cliniques des réfugiés (CdR) du Québec, sont rattachées aux Centres Intégrés (Universitaires) de Santé et de Services Sociaux (CISSS et CIUSSS), et sont pour la plupart mandatées depuis 2012 par le MSSS pour octroyer les services du programme *Passerelle*. Actuellement, cette politique (surnommée le 10/30) comprend une première évaluation

(triage) dans les 10 jours après l'arrivée, puis un bilan de santé et de bien-être dans les 30 jours suite au triage. Le programme est conçu pour que toute personne réfugiée se voit rapidement offrir ce service, qu'elle peut en principe accepter ou refuser de manière libre et éclairée.

La portion psychosociale de ce bilan (BBE) a été élaborée par le MSSS en collaboration avec les CdR et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Elle comprend cinq sections : (1) Le contexte du bilan et l'identification de la famille, notamment l'histoire migratoire et l'identification des besoins; (2) Les caractéristiques de la famille, telles que l'histoire familiale, les convictions personnelles et religieuses, les gains/pertes associées à la migration et l'état psychologique; (3) Les caractéristiques de l'environnement, du réseau de soutien et du milieu de vie; (4) L'analyse des facteurs de fragilisation et de protection de la famille, et les perceptions de la famille face à leur situation; et (5) Les opinions et recommandations de l'intervenant ayant fait l'évaluation. La visée de cette évaluation est d'identifier les besoins psychosociaux nécessitant des services et, le cas échéant, initier le processus de référence au service approprié.

Les critères encadrant la manière dont l'évaluation est conduite par les travailleurs sociaux correspondent aux standards de la Fiche 1 de l'offre de services généraux du MSSS, pour les tâches relatives à l'accueil, l'analyse, l'orientation et la référence (MSSS, 2013). Or, selon ces critères, l'exhaustivité de cette évaluation psychosociale correspond davantage à une évaluation effectuée dans le cadre d'un suivi

d'intervention qu'une évaluation dans un but de référer à un service. De plus, bien qu'elle permette d'identifier plus rapidement les besoins présents au moment de l'arrivée des personnes réfugiées, la politique du 10/30 est questionnée car elle met à l'épreuve la capacité du système de santé et de services sociaux, des organismes communautaires et des CdR d'offrir des services à un nombre important de personnes dans de courts délais. En effet, les données probantes supportant le choix de tels délais pour effectuer une évaluation psychosociale adéquate au moment d'accueillir des personnes réfugiées ne semblent pas disponibles dans la littérature. Ces délais apparaissent plutôt inspirés des critères du MSSS pour l'offre de services sociaux offerts à la population générale.

Plusieurs intervenants impliqués dans le processus d'accueil des personnes réfugiées questionnent la pertinence des données recueillies en termes de santé mentale dans des délais si courts (10 puis 30 jours). Selon leurs expériences, les difficultés psychosociales émergent souvent bien au-delà du premier mois suivant l'arrivée au Québec, une fois que l'effervescence liée à la transition et à l'installation ait diminuée. L'évaluation psychosociale étant déjà conclue, la personne se retrouve alors souvent seule face à un système complexe et difficile d'accès. Par ailleurs, les difficultés d'accès à des soins en santé mentale sont observées par les intervenants même lorsqu'une référence est effectuée suite à l'évaluation psychosociale. Dépendamment des régions du Québec, l'attente peut être très longue et la disponibilité d'interprètes et de services adaptés au contexte interculturel peut être limitée.

Les préoccupations des intervenants face aux difficultés d'accès aux services psychosociaux pour les personnes réfugiées semblent cohérentes avec les résultats de plusieurs études suggérant que les personnes réfugiées ont tendance à sous-utiliser les services malgré de multiples besoins (Fenta, Hyman & Noh, 2006; Gerritsen et al., 2006; Laban, Gernaat, Komproe, & De Jong, 2007; McCrone et al., 2005; Neighbors et al., 2008; Whitley, Kirmayer, & Groleau, 2006). Parmi les facteurs faisant obstacle à l'accès aux services, les barrières de la langue, les difficultés associées au transport, et une méconnaissance du système de santé sont identifiées (Kirmayer et al., 2011). La sous- utilisation des services pourrait aussi s'expliquer par une mauvaise adéquation entre les services psychosociaux offerts aux personnes réfugiées et leurs besoins. Pour une meilleure adéquation des services offerts à cette population, l'importance d'adapter les pratiques au niveau culturel et linguistique semble faire l'unanimité chez les experts (Hadfield, Ostrowski, & Ungar, 2017; Pottie et al., 2011; Rousseau, Measham, & Nadeau, 2013; Vasilevska et al., 2010). L'adaptation des services au niveau culturel englobe notamment la prise en compte des différentes perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale.

Perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées et adéquation des services. Dans le cadre de la présente étude, les perceptions à l'égard de la santé mentale sont définies comme l'ensemble des connaissances, des croyances, des conceptions et des pratiques entourant la santé et la maladie mentale (Manjrekar & Patil, 2018). Les attitudes à l'égard de la santé mentale, découlant des perceptions, sont comprises comme des processus psychosociaux évoqués

par des référents spécifiques, et incluent la compréhension des causes et du contrôle sur la maladie mentale d'un individu, les déductions quant à la responsabilité d'un individu vis-à-vis d'une maladie mentale, et la dangerosité de cette dernière (Antonak & Livneh, 2000; Corrigan & Watson, 2007). Ces déductions peuvent mener à des réactions émotionnelles, telles que la peur, la honte, la culpabilité, et l'anxiété, qui seraient liées à des attitudes négatives face à la santé mentale (Corrigan et. al, 2007; Hampton, 2017).

L'exploration de certains aspects culturels associés aux perceptions et aux attitudes à l'égard de la maladie mentale et des services psychosociaux peut aider à mieux comprendre la tendance des personnes immigrantes et réfugiées à sous-utiliser ces services (Bossé, 2017). Par exemple, le fait de vouloir régler ses difficultés par soi-même et à l'intérieur de sa communauté pourrait contribuer à ce que les personnes réfugiées ne fassent pas appel aux services (Kirmayer et al., 2011). De plus, les stigmates véhiculés dans certaines cultures peuvent influencer les attitudes face à la maladie mentale, et contribuer à la réticence à demander de l'aide et à dévoiler ses difficultés (Behnia, 2003; Fenta et. al, 2006). D'autres perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale pouvant influencer la recherche de services sont les croyances que la souffrance psychologique et les symptômes partiront d'eux-mêmes, qu'ils peuvent être guéris par soi-même, que de demander de l'aide est mauvais ou aura des conséquences négatives, et que le moment est défavorable pour demander de l'aide selon les convictions spirituelles et religieuses (Simich, Beiser, & Mawani, 2003). Les expériences négatives du passé lors de l'utilisation de services, les expériences de stigmatisation et de discrimination raciale, ainsi que la peur d'une hospitalisation forcée,

d'un manque de confidentialité, la perception d'une attitude désengagée de la part des professionnels de santé et d'une inclination à prescrire un traitement psychopharmacologique, pourraient aussi influencer la propension à chercher de l'aide (Simich et al., 2003; Whitley, Kirmayer, & Groleau, 2006). Considérant l'influence possible des perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale sur l'utilisation des services, il apparaît important d'adopter une approche proactive qui prend ces facteurs en considération. Or, dans le réseau public, l'adoption d'une approche proactive pour offrir des services psychosociaux est très variable et comporte son lot de défis. Actuellement au Québec, le BBE figure parmi les principales démarches mises en place pour offrir de manière proactive des services psychosociaux aux personnes réfugiées. Par ailleurs, la prise en compte des aspects culturels pouvant améliorer l'adéquation de ces services d'évaluation psychosociale ne semble pas encore optimale.

Contexte du projet de recherche

Une équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke, du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, et de l'École nationale d'administration publique (ENAP), dirigée par Maillet et ses collaborateurs, s'intéresse précisément à la procédure d'évaluation psychosociale faite auprès des réfugiés du Québec. Le projet « En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec », financé par le Réseau de recherche sur la santé des populations du Québec (RRSPQ), vise à contribuer à la création d'indicateurs de santé fiables et contextualisés pour les CdR du Québec afin d'enrichir le BBE, plus particulièrement son volet santé mentale. Dans une visée exploratoire, le projet comprend les quatre objectifs suivants : (1)

Recenser, à travers la littérature internationale, les indicateurs essentiels en santé mentale des personnes réfugiées ainsi que les temps impartis (variables de temps) entre l'arrivée des réfugiés dans un pays d'accueil et les évaluations psychosociales effectuées auprès d'eux; (2) Identifier les lacunes en santé mentale du BBE en les comparant aux indicateurs et aux variables de temps recensés; (3) Décrire les profils d'utilisateurs des services sociaux et de santé des personnes réfugiées vues par la CdR depuis 2012 via la banque de données iCLSC; et (4) Explorer et comprendre les perceptions et les attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale auprès d'informateurs clés pour valider et enrichir les indicateurs de santé mentale.

Le présent mémoire doctoral est en lien direct avec le quatrième objectif de recherche et s'inscrit dans la suite logique du devis de recherche mixte exploratoire séquentiel de l'étude plus large. Les deux premiers objectifs de l'étude plus large ont permis d'identifier dans la littérature internationale certaines lacunes associées au BBE actuel et d'en tirer des recommandations (Maillet et al., 2019, soumis). Cinq de ces recommandations apparaissent centrales pour améliorer l'adéquation des services d'évaluation psychosociale offerts suite à l'arrivée au pays d'accueil : (1) Offrir des services dans une ambiance qui est facile d'accès et familière à la clientèle, et offrir des services d'interprétariat (Pottie et al., 2011); (2) Prendre le temps d'établir un climat de confiance par l'entremise de trois ou quatre rencontres d'évaluation faites par le même intervenant (Rousseau, Measham, & Nadeau, 2013); (3) Effectuer les rencontres d'évaluation entre trois et six mois suivant l'arrivée serait un délais de temps optimal (McKenzie, Agic, Tuck, & Antwi, 2016); et (4) S'assurer de pouvoir offrir des services

post-évaluation (Pottie et al., 2011). En ce qui a trait au suivi des services offerts, effectuer des références de manière personnalisée, c'est-à-dire introduire par téléphone ou en face-à-face un nouvel intervenant, favoriserait l'adhérence au traitement en contexte interculturel (Vasilevska, et al., 2010).

Or, dans le cadre du BBE, le MSSS prévoit seulement deux rencontres, pas nécessairement effectuées par le même intervenant, dans les 40 jours suivant l'arrivée au pays d'accueil. De plus, lorsque nécessaires, les références sont souvent suivies de longs délais d'attente. Ces mesures apparaissent parfois incohérentes avec les recommandations des experts ou permettent difficilement de les appliquer. Il semble donc possible d'améliorer l'adéquation des services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées en se basant sur les recommandations des experts. Toutefois, il apparaît primordial d'inclure la perspective des personnes réfugiées dans une démarche d'amélioration des services leur étant destinés. À notre connaissance, depuis 2012, aucune étude ne s'est intéressée à l'appréciation des services offerts dans le cadre du programme *Passerelle*, ce qui nous apparaît comme une lacune importante. L'objectif de la présente étude se décline donc en deux volets : explorer et comprendre les perceptions et les attitudes des personnes réfugiées à l'égard (1) de la santé mentale et (2) des services d'évaluation psychosociale offerts dès l'arrivée au Québec.

Recherche sur la santé mentale et l'adéquation des services auprès des communautés culturelles au Canada

À ce jour, l'application des mesures prévues par le MSSS pour effectuer

l'évaluation psychosociale auprès des personnes réfugiées varie entre les 14 villes d'accueil du Québec. La qualité de l'adéquation de ces services peut donc différer dépendamment des pratiques favorisées dans chaque région, ainsi que des besoins propres à chaque communauté de personnes réfugiées. Pour l'instant, aucune étude portant sur l'évaluation du programme *Passerelle* ne semble disponible. De plus, très peu d'études se sont intéressées à recueillir la perception des personnes réfugiées à propos des services psychosociaux qui leur sont octroyés, bien que cela soit recommandé dans la littérature (Bélanger-Dumontier, Vachon, & Caldaïrou-Bessette, 2017; Rousseau & Kirmayer, 2010). Toutefois, deux études canadiennes témoignent de l'importance de s'intéresser à la conception de la santé mentale des nouveaux arrivants pour améliorer les services qui leur sont offerts.

D'abord, Simich et ses collègues (2009) ont exploré, par le biais de focus groups, la conception de la santé et de la maladie mentale chez cinq communautés culturelles installées en Ontario. Cette étude a permis d'accéder à leurs perspectives sur les thèmes explorés, mais aussi de mieux comprendre les défis qu'elles peuvent rencontrer en regard de la maladie mentale et des services de santé mentale au Canada. Après analyse, les auteurs ont pu formuler des recommandations issues des propos des participants, notamment l'importance d'une éducation mutuelle entre les nouveaux arrivants et les intervenants, et ce, à propos de la perspective de chacun sur la santé mentale et l'expression de la souffrance. Les auteurs recommandent également de diminuer la marginalisation des communautés ethnoculturelles dans le système de soins en santé mentale, notamment en impliquant les communautés dans la promotion des

services, et en adoptant des approches collaboratives au moment d'offrir des soins. Ces conclusions peuvent être transférables à d'autres communautés ethnoculturelles du Canada, mais les auteurs soutiennent qu'une démarche d'exploration comparable auprès d'autres communautés est fondamentale. Bien que le nombre élevé de participants (185) à cette étude qualitative puisse favoriser une meilleure représentativité des communautés participantes, les résultats tendent à être présentés de manière générale et offrir peu de distinction quant au genre (homme et femme) ou au contexte de vie (urbain et semi-rural) des participants.

Une autre étude réalisée en Ontario par Walsh et ses collègues (2008) s'est intéressée aux besoins spécifiques des membres de la communauté Rom ainsi qu'à leurs expériences auprès d'intervenants leur ayant octroyé des services. Les chercheurs ont également recueilli le point de vue des intervenants. L'ensemble des données a été recueilli lors de focus groups et d'entrevues individuelles selon un devis de recherche qualitatif. La synthèse des résultats rend bien compte de la perspective de chacun des deux parties et permet d'avoir accès à ce qui sous-tendait la majorité des impasses rencontrées de part et d'autre. Entre autres, des difficultés d'accès au système dues aux barrières de la langue, un manque de confiance envers les dispensateurs de soins, et le sentiment d'être discriminé, ont pu être mis en lumière. Cette démarche a permis aux auteurs de formuler des recommandations visant à faciliter le travail des intervenants en relation avec la communauté Rom. Ces recommandations portent sur le besoin d'informer les différents intervenants sur les caractéristiques socioculturelles spécifiques à cette communauté, le contexte historique et politique entourant les

demandes de refuge des familles issues de cette communauté, et ainsi adresser les stéréotypes pouvant être véhiculés par les professionnels de la santé. Bien qu'elles puissent être transférables à d'autres communautés, les conclusions de cette étude demeurent spécifiques à la communauté Rom de la ville d'Hamilton, Ontario. Néanmoins, ces deux études offrent des modèles intéressants pour explorer les besoins d'une communauté culturelle donnée, et ce, tout en faisant la lumière sur les défis ou les impasses pouvant émerger au moment d'offrir des services par des intervenants issus de la société hôte. La combinaison d'entrevues de groupe et individuels et la participation d'utilisateurs et d'intervenants apparaissent comme des forces dans le contexte de la recherche qualitative auprès de personnes réfugiées. Ces études ont inspiré le présent devis de recherche.

Méthode de recherche et posture épistémologique

L'objectif de recherche est abordé de manière à porter un intérêt à la parole des personnes réfugiées qui sont les utilisateurs de services. De manière générale, l'implication des usagers pour conceptualiser et développer des plans d'amélioration stratégiques pour les services de santé publique est une pratique fréquente à travers le monde, dont l'efficacité a été largement démontrée (Hannigan, O'Donnell, O'Keeffe, & MacFarlane, 2016; Santé Canada, 2000; Storm & Davidson, 2010). Les avantages d'une telle pratique sont de concevoir les programmes de santé en fonction des besoins de la population et d'augmenter la légitimité des décisions prises par l'État en ce qui a trait aux services de santé (Djellouli et al., 2019). Impliquer les usagers dans le

développement et l'amélioration des services leur étant destinés est également associé pour eux à un sentiment d'être respecté, de travailler en collaboration avec les professionnels de la santé, et d'exercer une certaine influence sur leurs propres soins de santé (Laitila, Nummelin, Kortteisto, & Pitkänen, 2018). Watters (1999) suggère que les consultations auprès des personnes réfugiées visant à comprendre leur expérience peuvent permettre d'identifier les priorités en termes de services et des stratégies innovantes pour répondre à leurs besoins. Ainsi, les recherches qui s'intéressent aux perceptions et attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale et des services d'évaluation psychosociale, telles qu'elles les expriment, peuvent permettre d'élargir nos connaissances et de s'assurer de bien adapter l'accompagnement qui leur est offert dès leur arrivée au Québec.

Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'une population dite vulnérable, la conduite de projets de recherche sollicitant la participation de personnes réfugiées appelle une réflexion éthique quant aux risques et aux bénéfices que cela implique. Parmi les bénéfices, notons que l'invitation à participer à un projet de recherche à titre d'expert de sa propre expérience peut soutenir l'estime de soi du participant réfugié et lui permettre de s'ouvrir sur le sujet de la santé mentale et sur son parcours personnel. Toutefois, une telle ouverture face à des chercheuses avec lesquelles il n'y a pas de lien préétabli comporte le risque de vivre des inconforts et des émotions douloureuses pouvant être suscitées par les questions d'entretien. Dans le souci de prendre ces éléments en considération, la présente équipe de recherche a adopté une posture qui serait à la fois au service de l'objectif de recherche et au service des participants. Un des éléments

centraux de la réflexion soutenant cette posture a trait à la perte de pouvoir généralement associée au statut de réfugié et la migration forcée. Selon Bélanger-Dumontier (2017), accorder de l'importance à la parole des participants peut représenter une opportunité de rééquilibrer les pouvoirs, et le lieu de recherche peut servir d'espace symbolique pour une réappropriation du pouvoir. Dans cette optique, la posture de recherche vise d'une part à positionner les participants tels des experts de leurs expériences subjectives, mais aussi à s'assurer qu'ils aient du pouvoir et du contrôle lors des entretiens. Les entretiens étaient ainsi conduits avec une grande sensibilité clinique et un rappel régulier était fait aux participants à l'effet qu'ils pouvaient, à tout moment et sans conséquence, refuser de répondre à une question, prendre une pause ou mettre un terme à leur participation. Dans ces conditions, la participation à un entretien de recherche peut devenir une opportunité pour les personnes réfugiées de reprendre du pouvoir et de se redéfinir sous un autre angle que celui de leur statut politique et de population vulnérable.

Pour faciliter l'accès à l'expérience subjective des participants, une méthode qualitative a été adoptée. L'élaboration du projet de recherche a principalement été guidée par la posture du réalisme critique. Selon le paradigme du réalisme critique, la connaissance du monde est basée sur des concepts de la vérité, et la connaissance des phénomènes sociaux et naturels est dépendante du langage et du contexte social (Sayer, 2000). Bien que ces concepts doivent être interprétés en commençant par les cadres conceptuels des chercheuses, les phénomènes naturels existent indépendamment de notre connaissance de ces derniers (Easton, 2010). En ce sens, le réalisme critique

permet de s'intéresser aux concepts de la vérité à l'égard de la santé mentale qui sont propres aux communautés des participants, en tenant compte des aspects du langage et du contexte socio-culturel. Tel que le suggère Rousseau (2000), l'expérience des personnes réfugiées peut également comprendre les dimensions personnelles, sociales, collectives, pathologiques, politiques et culturelles. Dans la présente recherche, la parole des participants est située dans le contexte plus large de leur communauté et des dynamiques liées au fait d'être des personnes réfugiées à Sherbrooke. Les perceptions, les raisonnements et les croyances des participants à l'égard de la santé mentale ont été explorés dans le but d'élaborer une compréhension la plus représentative possible de leur expérience subjective. Il s'agit de dégager une compréhension qui prend en compte un ensemble de points de vue, contrairement à tenter d'élaborer une compréhension uniforme. Cette posture permet de faire des liens entre le sens attribué à la santé mentale et ses implications dans la vie des personnes réfugiées, plus spécifiquement dans leurs relations avec les services d'évaluation psychosociale.

Le présent projet de recherche s'inscrit également dans une posture purement critique. La posture critique en recherche qualitative est fondée sur les droits humains et la justice sociale, et est orientée vers « le besoin de remédier aux inégalités sociales en donnant préséance à la parole des groupes les moins privilégiés de la société » (traduction libre de Mertens, Holmes, & Harris, 2009, p. 89). En effet, la présente équipe de recherche porte le souci de ne pas contribuer à certains préjugés envers les personnes réfugiées qui peuvent être véhiculés dans le système de santé et prendre le temps de bien comprendre les raisons menant cette population à être identifiée comme

vulnérable en termes d'accès aux soins. Bien que l'exploration des perspectives des personnes réfugiées puisse fournir certaines explications quant à la vulnérabilité liée aux difficultés d'accès aux soins, il s'avère important de mettre en lumière la manière dont les politiques migratoires et le système de santé contribuent à cette vulnérabilité. Pour pouvoir dégager la part de responsabilité de l'État des difficultés associées à l'expérience des personnes réfugiées, cette recherche fait place à la parole à des personnes réfugiées établies à Sherbrooke depuis quelques années pour valoriser une posture d'expertise en ce qui a trait à la valeur de leurs expériences. Ainsi, la voix des personnes réfugiées est mise à contribution et soutenue par la littérature pour valider et enrichir les services d'évaluation psychosociale mis à leur disposition.

Choix du devis de recherche

Les études présentées plus haut, conduites par les équipes de Simich (2009) et Welsh (2008) pour explorer les besoins et les perspectives de certaines communautés de personnes réfugiées, ont inspiré la conception du présent devis de recherche. Le choix d'effectuer des entretiens de groupe pour s'intéresser aux perceptions et aux attitudes de communautés culturelles et linguistiques diverses est soutenu dans la littérature. En effet, dans une revue de la littérature effectuée par Halcomb et ses collègues (2007), les entretiens de groupe sont identifiés comme un dispositif utile et approprié pour développer des programmes d'intervention auprès de populations ethnoculturelles. Eklöf, Hupli et Leino-Kilpi (2017) ont étudié l'utilisation d'entretiens de groupe auprès de demandeurs d'asile. Ces expertes concluent qu'une préparation judicieuse des

entretiens de groupe favorise une plus grande confiance de la part des chercheurs envers le dispositif et le déroulement de l'entretien, et conséquemment une plus grande confiance de la part des participants.

Toutefois, la santé mentale peut être un sujet délicat à aborder en groupe, car il peut représenter des tabous socioculturels et rappeler aux participants des expériences personnelles difficiles. Ainsi, dans le but de favoriser le confort des participants, l'équipe de recherche a fait appel à des intervenants eux-mêmes issus de l'immigration et travaillant auprès des personnes réfugiées, pour participer à l'élaboration du devis de recherche. Cette démarche a permis de tenir compte des caractéristiques propres à certaines communautés de réfugiés. À leur suggestion, l'équipe de recherche a choisi de séparer les femmes et les hommes lors des entretiens de groupe. Des groupes distincts ont été formés pour les deux communautés de participants, soit les communautés afghane et d'Afrique subsaharienne, notamment pour alléger le processus d'interprétariat et faciliter la communication. Ces intervenants ont aussi convenu de la pertinence d'effectuer des rencontres individuelles pour élaborer certains aspects liés aux attitudes face à la santé mentale et à l'expérience des services offerts.

Population de l'étude. La présente étude, conçue sous forme de projet pilote, se concentre spécifiquement sur l'une des 14 villes d'accueil du Québec, soit Sherbrooke. En 2014, plus de 12 000 personnes issues de l'immigration résidaient dans la région métropolitaine de Sherbrooke, faisant de cette région d'accueil la quatrième en importance au Québec (MIDI, 2014). La CdR de Sherbrooke est mandatée pour offrir les services du programme *Passerelle*. En ce qui a trait à la gestion du processus

d'accueil, un organisme communautaire est mandaté par le ministère de l'immigration pour accueillir les personnes réfugiées étant parrainées par l'État. L'une des spécificités de la ville de Sherbrooke est l'implication majeure d'une autre organisation communautaire dans le processus de parrainage privé. Ainsi, la région de Sherbrooke enregistre un taux élevé de parrainage privé de personnes réfugiées (Statistiques Canada, 2016).

Pour développer le devis de recherche en s'ajustant à la réalité migratoire de Sherbrooke, certaines communautés de personnes réfugiées ont été ciblées. Les communautés afghanes et d'Afrique subsaharienne ont été sélectionnées dans le but de représenter les communautés de personnes réfugiées les plus importantes à Sherbrooke. En effet, les personnes originaires de l'Afghanistan représentent 37 % de tous les réfugiés accueillis à Sherbrooke entre 2014 et 2017 et elles parlent principalement le dari. Il s'agit de la plus grande communauté de personnes réfugiées à Sherbrooke et elles sont le plus souvent issues de parrainages privés. Pour leur part, les communautés originaires d'Afrique subsaharienne (principalement issues de la République démocratique du Congo, de la République Centrafricaine, du Burundi et de la Côte d'Ivoire) représentent environ 25 % des personnes réfugiées accueillies durant la même période, et sont généralement parrainées par l'État. Une grande partie de ces personnes parlent le français et le swahili, bien que d'autres langues telles que le kikongo et le kirundi soient fréquemment utilisées.

Participation des travailleuses sociales. L'implication d'intervenants chargés d'effectuer le BBE auprès des personnes réfugiées de Sherbrooke apparaissait essentiel.

En effet, la perspective des intervenants en charge d'appliquer les mesures du programme *Passerelle* peut permettre de soutenir, clarifier, et nuancer les expériences rapportées par les participants. De plus, tel qu'illustré par l'étude de Walsh et ses collègues (2008) mentionnée précédemment, la voix des intervenants peut permettre de mettre en lumière la complexité de certaines impasses pouvant survenir entre utilisateurs et dispensateurs de soins, et soutenir l'élaboration de solutions. Le recrutement de travailleurs sociaux de la CdR pour participer à la recherche a nécessité une réflexion approfondie de la part de l'équipe de recherche. En effet, certains travailleurs sociaux de la CdR ont été sollicités au moment de l'élaboration du devis de recherche, du recrutement et de la collecte de données. Pour assurer la crédibilité des données recueillies, les deux travailleuses sociales recrutées pour participer à la recherche n'ont pas été impliquées dans l'élaboration du projet de recherche.

Contenu des entretiens de recherche. Les grilles d'entretiens individuels et de groupe, inspirées de recherches similaires (Bossé, 2017; Morin et al., 2012; Shannon, 2014), ont été conçues pour structurer les entretiens en trois phases. La première phase visait à établir un contact avec les participants et clarifier la notion de santé mentale selon leurs conceptions. La seconde phase était orientée différemment dépendamment du dispositif individuel ou de groupe. En ce qui concerne le canevas de groupe, celui-ci était orienté vers des questions se rapportant aux conceptualisations entourant la santé mentale et les problématiques rencontrées de manière générale dans la communauté, telles que : Y a-t-il des difficultés vécues par votre communauté qui peuvent affecter le bien-être psychologique? Dans votre communauté, comment réagit-on lorsqu'on

constate qu'une personne est en mauvaise santé psychologique? En ce qui concerne les entretiens individuels, ils étaient plutôt orientés vers les conceptualisations et les expériences du participant, avec des questions telles que : Au cours de votre vie, est-ce que vous (ou un de vos proches) a eu des difficultés de santé psychologique? Comment expliquez-vous ces difficultés? Enfin, la troisième phase des entretiens tant en groupe qu'en individuel comportait des questions pragmatiques liées à l'utilisation, à la perception et à l'amélioration des services psychosociaux telles que : Quelles étaient vos impressions suite à [la rencontre d'évaluation psychosociale]? (voir Appendices A à C pour les canevas d'entretiens).

Processus de recrutement et collecte de données

Avant la phase de recrutement, les critères de sélection des participants ont été élaborés de manière à cibler les communautés afghanes et d'Afrique subsaharienne de Sherbrooke ayant eu une expérience du programme *Passerelle*. Les critères de sélection étaient donc d'être âgé de 18 ans ou plus, de parler le dari, le swahili ou le français, et d'avoir immigré à Sherbrooke entre 2012 et 2017. Le recrutement s'est déroulé grâce au soutien d'intervenants travaillant au local d'intervention de quartier Jardins Fleuris de Sherbrooke, lieu largement fréquenté par les communautés sélectionnées. Les locaux d'intervention de quartier font partie du CIUSSS de l'Estrée – CHUS. Ils sont situés dans deux immeubles d'habitation de Sherbrooke et ont pour mission de faciliter l'accès aux services ainsi que d'adapter les services aux besoins des populations. Dans le cadre du présent projet de recherche, il semble que le succès du processus de recrutement soit

possiblement dû aux liens de confiance préexistants entre les intervenants du local de quartier et certains membres des communautés afghanes et d'Afrique subsaharienne. En effet, 28 participants ont été recrutés au cours d'une vague de recrutement de moins de deux mois. Au moment du recrutement, un canevas était fourni aux intervenants pour expliquer le projet de recherche et soutenir clairement le droit des participants à refuser de participer (voir Appendices D et E).

La collecte de donnée a eu lieu au cours des mois de mai, juin et juillet 2018, débutant par les entretiens de groupe, suivis des entretiens individuels avec des personnes réfugiées, et se terminant par les entretiens individuels avec les travailleuses sociales (voir Appendices F à L pour les formulaires de consentement et les formulaires de collecte de données démographiques). Une grille d'observation a été utilisée pour noter les particularités du déroulement de chaque entretien, qui ont ensuite été prises en considération lors de l'analyse des données (voir Appendice M pour la grille d'observation). Par exemple, l'influence de la présence d'une interprète féminine lors de l'entretien de groupe avec des hommes afghans a été considérée. Lors de l'entretien de groupe avec les femmes africaines, des difficultés au niveau du processus d'interprétariat et des malentendus en début d'entretien quant à l'objectif de la rencontre ont également été considérés.

Qualité scientifique du projet de recherche

Plusieurs mesures ont été mises en place pour soutenir la crédibilité et la validité des résultats découlant de la collecte de données. Dès les premières phases de la

recherche, l'équipe s'est inspirée de la posture du réalisme critique, qui promeut de porter un regard non-jugeant et neutre de la part des co-chercheurs sur les éléments présentés par les participants. L'équipe a eu une réflexion sur ses propres représentations mentales et ses connaissances de la santé mentale et des services. Il a notamment été question de santé mentale sous un angle bio-psycho-social, en comparaison à une représentation holistique de la santé mentale (qui tient compte à la fois de l'individu, de la collectivité et de l'environnement dans son ensemble, et comprend l'harmonisation des aspects physiques, spirituels, rationnels et affectifs). Les aprioris de l'équipe de recherche quant aux perspectives et aux attitudes des communautés afghanes et d'Afrique subsaharienne de Sherbrooke à l'égard de la santé mentale et des services offerts ont également été partagés. Le but de cette réflexion était de conscientiser les représentations mentales propres aux membres de l'équipe de recherche et ainsi pouvoir s'en dégager le mieux possible lors de la collecte et de l'analyse des données.

Des stratégies ont été mises en place pour documenter le processus de recherche et assurer une certaine rigueur. Un journal de bord a été tenu pour permettre de se référer aux échanges entre les membres de l'équipe ainsi que de retracer les argumentations soutenant certaines décisions prises au cours du processus de recherche. De plus, dans le but de favoriser la crédibilité scientifique et la validité des résultats, les données ont été recueillies auprès de plusieurs sources (participants provenant de diverses communautés ethniques, travailleuses sociales, entretiens de groupe et individuels à des moments distincts).

Les données ont été traitées en équipe de recherche par une analyse thématique et matricielle. Le processus d'analyse était principalement fondé sur les méthodes de Miles et Huberman (2003) et Paillé et Mucchielli (2012). D'abord, les enregistrements audios et les notes de terrain ont été retranscrits sous forme de verbatims. À l'aide du logiciel QDA Miner 5.0 (2016), les verbatims ont été codés individuellement par les membres de l'équipe en utilisant une démarche de thématisation séquentielle, pour effectuer un premier repérage des codes et des thèmes. Les codes et les thèmes relevés ont ensuite été comparés par un processus d'accord inter-juges. Les thèmes ont également été définis au cours de ces rencontres d'équipe. Les codes ont été organisés dans un arbre de codes transversal, puis un relevé de thèmes a été créé par un processus de triangulation des données provenant des diverses sources de collecte (entretiens individuels et de groupe auprès de deux communautés, enregistrement audio et notes de terrain de plusieurs observateurs, voir Appendices N et O pour l'arbre de codes et le relevé de thèmes). À partir de ce relevé de thèmes, une synthèse des résultats dégagés a été élaborée sous forme d'affiche scientifique (voir Appendice P). Cette synthèse des résultats, surnommée phase de pré-analyse, a été présentée à certains participants dans le but de valider et nuancer les compréhensions extraites de leurs propos. Une rencontre de rétroaction en groupe, incluant cinq participants afghans et trois participants d'Afrique subsaharienne, a eu lieu au local d'intervention de quartier Jardins Fleuris. Une rencontre de rétroaction avec les deux travailleuses sociales participantes a ensuite eu lieu dans les locaux du CIUSSS.

Toutes ces étapes visaient à augmenter la validité interne et la fiabilité de

l'étude, pour tenter de rendre compte avec le plus de justesse possible des points de vue des participants. À chacune de ces étapes, la posture du réalisme critique a permis de prendre en compte l'inévitable influence des cadres conceptuels de l'équipe de recherche. En concordance avec cette posture, les données ont été analysées en considérant la santé mentale comme un phénomène social et naturel indépendant des compréhensions pouvant émerger du processus d'analyse. Cette approche a permis de dégager davantage l'équipe de recherche de ses propres connaissances, ou vérités subjectives, au moment d'analyser les données.

Présentation de l'article scientifique

La collecte de données a été fructueuse et largement suffisante pour élaborer les deux volets de l'objectif de recherche, soit : Explorer et comprendre les perceptions et les attitudes des personnes réfugiées (1) à l'égard de la santé mentale, puis (2) à l'égard des services psychosociaux offerts dès l'arrivée au Québec. Par souci de pragmatisme et désir de contribuer à enrichir le BBE, il a été décidé que les résultats de recherche seraient présentés sous forme d'article afin d'en assurer la diffusion. Compte tenu des restrictions associées à un tel choix, l'équipe de recherche a choisi d'orienter l'article vers le second volet de l'objectif de recherche. Ainsi, bien qu'un survol de certains résultats associés aux perceptions et aux attitudes à l'égard de la santé mentale soit présenté, l'article se concentre davantage sur la perception des réfugiés quant aux services d'évaluation psychosociale qui leur sont offerts à leur arrivée au Québec, ainsi que sur leurs suggestions pour en améliorer l'adéquation. Ces résultats sont discutés à la

lumière des recommandations des experts dans le but de formuler des recommandations spécifiques pour enrichir le BBE. Plusieurs aspects, forts intéressants, en lien avec le premier volet de l'objectif de recherche n'ont donc pas été élaborés dans l'article. Parmi ces aspects se trouvent des informations à propos des communautés de participants, des éléments à considérer pour faciliter le processus d'intégration, et de la conceptualisation de la santé mentale et de la guérison. Ces aspects seront discutés dans la section « Autres résultats en lien avec les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale » de la conclusion du présent ouvrage.

L'article qui suit s'adresse aux différents acteurs concernés par le programme *Passerelle* et par les politiques en santé et services sociaux entourant l'accueil des personnes réfugiées. Ces acteurs sont principalement les personnes réfugiées, les gestionnaires, médecins et travailleurs sociaux des CdR, les ministères de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, et de la Santé et des Services sociaux du Québec, ainsi que tous professionnels et intervenants œuvrant auprès de personnes réfugiées. L'article a été soumis pour publication en mars 2020 à la Revue québécoise de psychologie et est actuellement en cours d'évaluation (voir Appendice Q). Voici la référence de l'article :

Laliberté, G., Benoit, M., Desjardins, F., & Maillet, L. (2020) Améliorer les services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec. Manuscrit soumis pour publication à la Revue québécoise de psychologie.

Il est à noter qu'à la suite des corrections demandées par les éditeurs la version de l'article soumis à la revue pourrait différer de celle présentée dans ce manuscrit.

Article

Améliorer les services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec

AMÉLIORER LES SERVICES D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE OFFERTS AUX PERSONNES RÉFUGIÉES À LEUR ARRIVÉE AU QUÉBEC

IMPROVING PSYCHOSOCIAL SERVICES OFFERED TO REFUGEES UPON ARRIVAL IN QUÉBEC

Résumé

Cet article porte sur la pertinence des services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées dès leur arrivée au Québec. Selon un devis de recherche qualitatif, 28 participants originaires d'Afghanistan et d'Afrique subsaharienne, et deux travailleuses sociales, ont été rencontrés lors d'entrevues en groupe ou en individuel. Des recommandations proposées par les participants pour améliorer l'évaluation psychosociale sont présentées et discutées à la lumière de celles faites par des experts. L'exhaustivité de l'évaluation et les courts délais de temps prévus pour l'effectuer sont notamment questionnés, ainsi que l'efficacité de cette mesure pour pallier les iniquités d'accès aux services de santé et psychosociaux.

Mots clés : Réfugiés, évaluation psychosociale, immigration, santé mentale

Abstract

This article concerns the relevance of psychosocial assessment services offered to refugees upon arrival in Quebec. Using a qualitative research design, 28 participants coming from Afghanistan and sub-Saharan Africa, and two social workers, were interviewed through focus group or individual interviews. Recommendations proposed by the participants in order to improve the psychosocial assessment are presented. These recommendations are discussed based on recommendations drawn from scientific literature. Among others, the completeness of the assessment and the short timeframe available to conduct it are questioned, as well as the efficiency of this measure to tackle the inequities of access to health and psychosocial services.

Key words : Refugees, psychosocial assessment, immigration, mental health

Introduction

Depuis l'établissement des Cliniques des réfugiés (CdR) au Québec, et plus précisément depuis 2012, des services d'évaluation psychosociale sont offerts de manière systématique aux personnes réfugiées¹ suite à leur arrivée. Le présent article fait état des forces et des limites des services d'évaluation psychosociale actuellement offerts et propose des pistes pour en améliorer l'adéquation et l'efficacité, et ce, en tenant compte de la perspective de personnes réfugiées.

Chaque année, le Canada accueille en moyenne 35 000 personnes réfugiées dont environ 6 000 s'installent au Québec (Rapport annuel au Parlement sur l'immigration, 2017). Les personnes réfugiées acceptées alors qu'elles se situent à l'extérieur du Canada peuvent avoir été prises en charge par l'État ou parrainées par des organismes privés. À travers leur parcours migratoire, plusieurs personnes réfugiées ont été exposées à la violence et à d'autres événements traumatiques liés à la guerre, à la mort, à la famine, à la violence politique et aux déplacements forcés (Fortuna, Porche, & Alegria, 2008; Neuner et al., 2010; Rousseau & Drapeau, 2004). L'exposition à la violence est un facteur de risque majeur quant à la santé mentale des personnes réfugiées durant la phase pré-migratoire et l'intégration au pays d'accueil (Ngo, Tran, Gibbons, & Oliver, 2001). La réinstallation lors de la phase post-migratoire peut également représenter une importante source de stress, considérant les défis d'une adaptation

¹ Au sens de la Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, le statut de réfugié est attribué à des personnes ayant été forcées de fuir le pays dont elles ont la nationalité à cause de persécution, de guerre ou de violence. Les personnes réfugiées craignent avec raison d'être persécutées à cause de l'appartenance communautaire, la religion, la nationalité, les opinions politiques ou l'appartenance à un groupe social, et ne peuvent réclamer la protection de leur pays où y retourner en raison de leurs craintes.

brusque à un nouvel environnement physique et socio-culturel, et peut dans certains cas constituer en soit une expérience traumatique (Rousseau, Hassan, Moreau, Jamil, & Lashley, 2010; Simich, Beiser, & Mawani, 2003).

Pour toutes ces raisons, la santé et le bien-être des personnes réfugiées peuvent être compromis. Malgré des parcours de résilience exceptionnels, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît la vulnérabilité de cette population (Hannigan, O'Donnell, O'Keeffe, & MacFarlane, 2016). Certains troubles de santé mentale, tels que le trouble de stress post-traumatique, la dépression, les douleurs chroniques et autres symptômes somatiques, apparaissent de manière plus significative chez les personnes réfugiées que dans la population générale (Kirmayer et al., 2011). L'état de santé mentale est un aspect central du processus d'adaptation post-migratoire (Carswell, Blackburn, & Baker, 1997; Chu, Keller, & Rasmussen, 2013; Porter & Haslam, 2005; Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006).

Bien qu'une grande partie des personnes réfugiées arrive à s'ajuster à la réinstallation au pays d'accueil, il est primordial que les intervenants travaillant auprès de cette population puissent identifier rapidement les difficultés de santé mentale qui nécessitent des soins (Kirmayer et al., 2011). À cet effet, l'OMS insiste sur l'importance que des services de santé et des services psychosociaux culturellement sensibles et adaptés soient rapidement offerts dans les pays d'accueil et soutient que des difficultés d'accès à ces services contribuent à renforcer la vulnérabilité de cette population. Or, au Québec, l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux constitue un enjeu de société majeur, tant pour la population générale que pour les personnes réfugiées

(Arsenault, Guilbert, & Prévost, 2016; Saint-Arnaud, 2003). Il faut cependant mettre dans la balance certains aspects qui rendent l'accès aux services encore plus difficile pour les personnes réfugiées comparativement à celles issues de la population générale, ce qui soulève la question d'équité d'accès aux soins pour cette population.

Équité et adéquation des services offerts aux personnes réfugiées

Malgré les multiples besoins, les personnes réfugiées pouvant bénéficier de services de soutien psychologique suite à l'arrivée au pays d'accueil tendent à les sous-utiliser (Fenta, Hyman, & Noh, 2006; Gerritsen et al., 2006; Laban, Gernaat, Komproe, & De Jong, 2007; McCrone et al., 2005; Neighbors et al., 2008). Une des raisons pouvant expliquer cette sous-utilisation est le manque d'adéquation des services offerts à cette clientèle. L'adéquation des services peut être considérée selon trois facteurs, soit l'accès aux services, l'efficacité des services, et le suivi post-évaluation. Au niveau de l'accès aux services, la barrière de la langue, les difficultés logistiques du transport, la méconnaissance des services, et les différences entre les soins offerts dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil sont des éléments qui s'ajoutent aux délais d'attente souvent très longs et contribuent à rendre l'accès encore plus difficile pour les personnes immigrantes et réfugiées (Kirmayer et al., 2011). Dans un souci d'équité d'accès aux services pour cette population, la mise en place de mesures proactives permettant de rejoindre les personnes réfugiées et d'offrir rapidement une évaluation afin d'identifier et de répondre à leurs besoins psychosociaux s'avère essentielle.

En 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place

le programme « Une passerelle vers un avenir en santé » dans 14 villes d'accueil des personnes réfugiées au Québec. Ce programme, communément appelé le programme passerelle, a pour but d'organiser et de planifier les services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile. Il inclut un bilan de santé physique, ainsi qu'un bilan de bien-être (BBE) effectué auprès des réfugiés. Ces bilans abordent les déterminants de santé pré-migratoires et migratoires, les difficultés familiales et sociales actuelles, ainsi que la détresse et les symptômes rapportés. Les services du programme passerelle sont octroyés par les CdR qui sont rattachées aux Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS). Depuis 2015, le nombre de personnes réfugiées arrivant au Québec a augmenté significativement de façon continue, soit de 56 % en 2015, et +22 % en 2017, notamment dû à l'arrivée importante de personnes originaires de Syrie (ISQ, 2019). Pour s'adapter à cette situation, le MSSS a développé un « Plan ministériel pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés en situation d'arrivées massives ». Actuellement, cette politique (surnommée le 10/30) comprend une première évaluation (triage) dans les 10 jours après l'arrivée, puis un bilan de santé et de bien-être dans les 30 jours suite au triage. Ce service est offert de manière non-obligatoire à toutes les personnes réfugiées. Bien qu'elle permette d'identifier plus rapidement les besoins des réfugiés, la politique du 10/30 est questionnée car elle met à l'épreuve la capacité du système de santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des CdR d'offrir des services à un nombre important de personnes dans de courts délais. De plus, les rationnels empiriques et cliniques sous-jacents à cette politique imposée par le MSSS demeurent imprécis, et

seraient inspirés des critères de triage des services psychosociaux offerts à la population générale.

Pour les intervenants impliqués auprès des personnes réfugiées, tels que les travailleurs sociaux et les médecins des CdR, la pertinence clinique d'effectuer une évaluation psychosociale systématique selon les délais prévus par le ministère (10 puis 30 jours) est également sujet à discussion. Il semble que les difficultés psychosociales apparaissent souvent quelques mois après l'arrivée au Québec, une fois l'évaluation déjà conclue. Bien que ce constat ne semble pas être documenté dans la littérature scientifique, il demeure clair que plusieurs personnes réfugiées se retrouvent seules devant un système méconnu et difficile d'accès lorsqu'un besoin survient au cours des mois suivant l'arrivée au Québec (Arsenault, Guilbert, & Prévost, 2016).

Objectif

Face aux préoccupations des intervenants, notre équipe de recherche s'intéresse à la procédure d'évaluation psychosociale faite auprès des réfugiés. Le projet « En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec »², vise à contribuer à la création d'indicateurs de santé fiables et contextualisés pour les CdR du Québec afin d'enrichir le BBE, plus particulièrement son volet santé mentale. Cet objectif général se décline en quatre objectifs spécifiques : (1) Recenser, à travers la littérature internationale, les indicateurs

² Projet conduit par Lara Maillet et par financé par le Réseau de recherche sur la santé des populations du Québec (RRSPQ, 2018-2019)

essentiels en santé mentale des personnes réfugiées ainsi que les temps impartis entre l'arrivée des réfugiés dans un pays d'accueil et les évaluations psychosociales effectuées auprès d'eux; (2) Identifier les lacunes en santé mentale du BBE en les comparant aux indicateurs et aux variables de temps recensés (Maillet et al., soumis); (3) Décrire les profils d'utilisateurs des services sociaux et de santé des personnes réfugiées vues en CdR depuis 2012 via la banque de données iCLSC; et (4) Explorer et comprendre les perceptions et les attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale et des services sociaux pour valider et enrichir les indicateurs de santé mentale du BBE.

Le présent article se rapporte aux résultats en lien avec le 4ième objectif. Il est orienté sur l'expérience du processus d'évaluation psychosociale via le BBE réalisé dans les CdR à travers le regard des personnes réfugiées et des intervenants. Cette expérience est abordée selon les éléments suivants : les conceptualisations de la santé mentale et leurs influences possibles sur le déroulement du BBE; le contexte de l'expérience du BBE (lieu, temps, personnes présentes, format de l'évaluation); l'adéquation entre la conduite du BBE et ses aboutissants. Les principales recommandations pour l'amélioration du BBE provenant des réponses des participants sont présentées et mises en lien avec celles des experts. Les conclusions tirées quant aux recommandations des personnes réfugiées pour améliorer le BBE se veulent le plus fidèles possible à leurs propres perspectives. La valeur ajoutée de cet article, en plus des résultats eux même, est justement ce croisement de perspectives entre savoirs profanes et experts.

Méthodologie

L'étude a été menée sous forme de projet-pilote, selon un devis de recherche qualitatif avec une posture réaliste critique. Cette posture permet de s'intéresser aux conceptualisations de la santé mentale qui sont propres aux communautés des participants, en tenant compte des aspects du langage et du contexte socio-culturel, tout en facilitant une distance entre le processus d'exploration et le cadre conceptuel des chercheurs (Archer, Bhaskar, Collier, Lawson, & Norrie, 1998; Easton, 2010). Dans le but d'assurer la qualité des résultats dans le contexte d'une recherche qualitative auprès de personnes réfugiées, certaines stratégies inspirées par les critères de rigueur scientifique pour la recherche qualitative proposés par Tracy (2010) ont été mises en place. L'influence de la présence des chercheuses lors de la collecte de données, l'influence de leurs représentations subjectives de la santé mentale chez les personnes réfugiées, et les perspectives du BBE qui leurs sont propres ont été discutées tout au long du processus de recherche.

En ce qui a trait au choix de s'entretenir directement avec les bénéficiaires du BBE, la voix des personnes réfugiées apparaît peu sollicitée dans les études portant à leur sujet, ce qui représente une lacune importante. Dans la mesure où l'approche de recherche demeure sensible aux enjeux éthiques pouvant découler de la recherche auprès de personnes réfugiées, la valeur et la nécessité de s'adresser directement à ces personnes sont fortement soutenues, notamment par Rousseau et Kirmayer (2010), experts canadiens en santé des personnes réfugiées. Ces experts considèrent l'exclusion des personnes réfugiées de la recherche les concernant comme une forme de privation

des droits de parole et d'autodétermination. Selon eux, la recherche permet également de documenter les impacts des politiques en matière d'immigration sur la santé des personnes réfugiées. Il apparaît donc primordial de questionner directement les personnes réfugiées sur leurs besoins en santé mentale, sur les facteurs qui peuvent influencer la manière dont le service est administré et le contenu de l'évaluation qui en résulte, ainsi que sur leurs perceptions des services actuellement mis à leur disposition.

Population de l'étude

En 2014, plus de 12 000 personnes issues de l'immigration résidaient dans la région de l'une des 14 villes d'accueil du Québec, faisant de cette ville de taille moyenne l'une des régions d'accueil les plus importantes au Québec (MIDI, 2014). Parmi les personnes ayant transité entre 2014 et 2017 par l'organisme mandaté par le ministère de l'immigration pour accueillir les nouveaux arrivants de cette ville, plus de 72 % étaient des personnes réfugiées ou demandeurs d'asile provenant de divers pays. Au cours des 15 dernières années, de grandes communautés culturelles se sont formées dans cette ville, dont la communauté Afghane et les communautés d'Afrique subsaharienne. Selon l'organisme mandaté par le gouvernement pour accueillir les personnes réfugiées, celles provenant de l'Afghanistan représentent environ 37 % des réfugiés arrivés dans cette ville entre 2014 et 2017, alors que celles provenant de pays d'Afrique subsaharienne, dont la République Démocratique du Congo (RDC), la République Centrafricaine (RCA), le Burundi et la Côte d'Ivoire, représentent environ 25 % des réfugiés arrivés durant la même période.

Recrutement et collecte de données

Pour la présente étude, les critères de sélection pour le recrutement des personnes réfugiées étaient de s'être établi entre 2012 et 2017 dans la ville où se déroule l'étude, parler français, swahili ou dari, et être âgé de 18 ans et plus. Le critère de temps a été choisi pour permettre aux participants d'être relativement installés et d'avoir expérimenté les premières phases d'intégration au Québec, tout en augmentant les chances qu'ils aient eu l'expérience du BBE (celui-ci ayant débuté en 2012). Des entretiens de groupe ont d'abord été effectués. L'utilisation d'entretiens de groupe vise à augmenter la validité des résultats lors de recherche auprès de participants provenant de groupes culturels et linguistiques divers, et particulièrement en présence d'interprètes (Eklöf, Hupli, & Leino-Kilpi, 2017). Les entretiens de groupes étaient non-mixtes au niveau du genre et bilingues, de sorte que quatre groupes sont représentés : femmes afghanes, hommes afghans, femmes africaines subsahariennes, hommes africains subsahariens. Les questions en groupe ont été orientées vers la communauté en générale et non sur les expériences individuelles. Quatre entretiens individuels ont ensuite eu lieu avec un représentant de chaque communauté n'ayant pas participé à l'entretien de groupe. Cette procédure a été mise en place pour éviter l'influence que pourrait avoir deux entretiens consécutifs (en groupe puis en individuel) abordant des thèmes similaires sur les réponses de mêmes participants. Ces entretiens individuels avaient pour le but d'approfondir les dimensions de détresse psychologique et de tabous socio-culturels qui pourraient être plus difficiles à aborder en groupe. Le Tableau suivant présente les caractéristiques des participants par communauté en fonction de la structure

des entretiens :

Tableau 1

Caractéristiques des participants par communauté selon le design de recherche

	4 entretiens de groupe	4 entretiens individuels	Âge	Langue(s)	Arrivée au Québec	Catégorie de réfugié
Communauté Afghane	5 femmes	Femme	23 à 58	Dari Français	1997-2013	Parrainage privé
	5 hommes	Homme	35 à 55	Dari	2015-2017	
Communauté d’Afrique subsaharienne ³	10 femmes	Femme	24 à 70	Swahili Kirundi Français	2014-2017	Pris en charge par l’État
	4 hommes	Homme	34 à 59			
Total	28 participants					

Les participants représentant la communauté afghane sont tous des personnes réfugiées issues de parrainages privés. Ceci représente une caractéristique distinctive, puisque la plupart des participants d’origine afghane ont mentionné avoir reçu moins de services et s’être senti laissés à eux-mêmes, en comparaison avec les services offerts aux personnes réfugiées prises en charge par l’État. En ce qui concerne les femmes afghanes, il a été plus difficile de les recruter. Les participantes de ce groupe expliquent que la majorité des femmes afghanes récemment arrivées au Canada se sentent inconfortables de discuter de santé mentale, mais qu’elles-mêmes se sentent plus à l’aise puisqu’elles sont maintenant adaptées à la culture québécoise.

³ Les participants de la communauté d’Afrique subsaharienne sont originaires du Burundi, de la République Démocratique du Congo et de la République Centrafricaine

Au cours des entretiens, les participants ont été positionnés tels des experts de leur propre expérience afin d'approfondir une compréhension mutuelle, ainsi que de reconnaître l'apport des émotions dans le processus de construction de sens prenant place lors des entretiens, tel que proposé par Ponterotto (2013). Les entretiens ont été dirigés à l'aide de grilles d'entrevues inspirées de recherches précédentes (Bossé, 2017; Morin et al., 2012; Shannon, 2014), qui incluent les thèmes des vécus pré-migratoires et migratoires, des difficultés psychosociales et des problématiques de santé mentale rencontrées par les personnes réfugiées, des particularités individuelles et culturelles en lien avec la perception de la santé mentale et des services psychosociaux, ainsi que l'expérience du BBE. Un interprète était présent lors des entretiens, tel que recommandé par plusieurs experts (e.g. Silove, 2004; Watters, 2001). Au moins un observateur était présent lors de chaque entretien de groupe pour prendre des notes, et les entretiens individuels ont été audio- enregistrés puis retranscrits pour des fins d'analyse.

Finalement, il est apparu essentiel de solliciter la participation des travailleurs sociaux responsables d'effectuer le BBE, puisque ces derniers détiennent une expertise quant au déroulement de cette évaluation. Deux travailleuses sociales de la CdR, qui conduisent le BBE depuis plusieurs années, ont été rencontrées individuellement pour approfondir la compréhension de certains éléments apportés par les personnes réfugiées, tout en recueillant leur propre point de vue sur l'adéquation des services d'évaluation psychosociale actuellement offerts. Les références aux travailleuses sociales au cours du présent article se rapportent à ces deux intervenantes.

Qualité et fiabilité de l'analyse

Les données ont été traitées en équipe de recherche par une analyse thématique et matricielle, selon une démarche de thématisation séquentielle nécessitant un accord inter- juges pour la définition des codes et des thèmes relevés (Miles & Huberman, 2003; Paillé & Mucchielli, 2012). Par l'entremise du logiciel QDA Miner 5⁴, l'élaboration d'un livre de codes a permis de dégager les principaux thèmes organisés dans un relevé transversal, puis triangulés entre les sources (différents entretiens, recension des écrits, littérature grise) afin d'augmenter la validité des résultats (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001). Selon la posture du réalisme critique, les concepts ont été analysés en considérant l'indépendance du phénomène social et naturel qu'est la santé mentale face aux compréhensions émergeant du processus d'analyse. La posture du réalisme critique a également permis de prendre en compte l'inévitable influence des cadres conceptuels de l'équipe de recherche. Un journal de bord a été tenu tout au long du processus de recherche pour documenter les réflexions et les décisions des chercheurs, et ainsi augmenter la crédibilité du processus.

Résultats

Les résultats présentés visent à faire état de l'expérience d'évaluation psychosociale selon la perspective des participants et sont regroupés en trois catégories : la conceptualisation de la santé mentale et son influence sur la participation au BBE, l'expérience du BBE et les recommandations pour l'améliorer, et l'adéquation du BBE

⁴ QDA Miner 5.0, 2016. *Advanced qualitative data analysis software*. Provalis research.

et ses aboutissants. Les résultats sont présentés de manière à illustrer d'abord les thèmes principaux, puis les aspects distincts par communauté et par genre.

Conceptualisation de la santé mentale et son influence sur la participation au BBE

Puisque le BBE adresse le concept de santé mentale et de souffrance psychologique, il est apparu essentiel de sonder auprès des participants leurs référents en lien avec ce concept. Un premier constat est que, dans plusieurs langues dont le dari et le swahili, il n'existe pas de correspondant linguistique littéral pour parler de santé mentale. Établir avec les participants une compréhension mutuelle du concept de santé mentale nécessite de le co-définir. Pour ce faire, le concept de santé mentale a été abordé comme *la santé du cœur, de l'âme et de l'esprit*, ou selon ce qui était signifiant pour les participants. Les manifestations et les causes de la souffrance psychologique, ainsi que les méthodes de guérison ont également été évoquées. La diversité des éléments recueillis indique l'importance d'effectuer cet exercice de clarification mutuelle au moment d'effectuer le BBE.

Puis, les participants ont été questionnés sur la manière dont leurs perceptions et attitudes face à la souffrance psychologique et aux problèmes de santé mentale pourraient influencer leur participation et leur ouverture lors d'une rencontre d'évaluation psychosociale. Trois thèmes principaux ont émergé de l'analyse des données. Premièrement, les jugements négatifs envers les personnes qui consultent pour des problèmes de santé mentale sont présents dans les deux communautés, et favoriseraient la tendance à éviter de parler de ses émotions et de sa souffrance par

crainte d'être jugé. Par exemple, une participante du groupe de femmes africaines subsahariennes a mentionné qu'il est honteux de parler de santé mentale en groupe. Un deuxième thème ayant émergé se rapporte au fait de vouloir oublier le passé, ce qui expliquerait que plusieurs personnes évitent de parler de souffrance psychologique lors de l'évaluation psychosociale. En effet, plusieurs participants, hommes et femmes des communautés d'Afrique subsaharienne et hommes de la communauté afghane, expliquent qu'ils préfèrent se concentrer sur les perspectives d'avenir, et que de penser aux pertes associées à la migration est douloureux, notamment en ce qui a trait à la perte des proches demeurés au pays d'origine. Un troisième thème pouvant influencer la participation et l'ouverture lors de l'évaluation psychosociale se rapporte à la tendance individuelle de s'isoler ou d'aller vers les autres pour s'exprimer et rechercher de l'aide. Tous reconnaissent que cette tendance varie d'une personne à l'autre, au-delà de la culture des individus, et serait déterminante de la capacité à se confier lors d'une première rencontre d'évaluation. Mentionnons que quelques participants et participantes d'Afrique subsaharienne disent avoir tendance à aller vers les autres pour partager leur souffrance malgré le risque d'être jugé par leur communauté, alors que les participantes afghanes disent qu'elles vont plutôt consulter « en cachette ». Donc, lorsqu'il est question d'aborder le sujet de la santé mentale, la crainte d'être jugé, la volonté d'oublier les souffrances du passé, et la tendance à aller vers les autres ou non pour rechercher de l'aide sont présents chez les deux communautés de participants, indépendamment du genre, et sont identifiés comme des éléments pouvant influencer la participation au BBE.

L'expérience du BBE

Dans le but de pouvoir se référer à leur propre expérience, les participants ont été invités à se remémorer leur expérience du BBE, et ont été questionnés sur leurs appréciations générales de cette évaluation. Cette appréciation tient compte du contexte dans lequel l'évaluation a été faite (délais de temps, lieu, personnes présentes). Le contexte de l'évaluation a pu varier selon l'année d'arrivée au Canada de chaque participant. Depuis 2018 dans la ville à l'étude, le BBE est administré en individuel à la CdR lors du triage (10 jours suivant l'arrivée), puis en famille à domicile lors de la seconde rencontre d'évaluation (30 jours suivant le triage). Sachant que la majorité des participants sont arrivés entre 2014 et 2017, à l'exception du groupe de femmes afghanes, la plupart de ceux qui ont vécu l'expérience du processus d'évaluation psychosociale ont rapporté avoir le souvenir d'une rencontre s'étant déroulée de trois mois à plus d'un an suivant leur arrivée au Canada, à domicile et en famille. De manière générale, plusieurs de ces personnes rapportent avoir eu des inquiétudes avant et pendant la rencontre : « Ai-je fais quelque chose de mal? Pourquoi ces questions? ». Certaines personnes rapportent également un souvenir positif après la rencontre et des bienfaits au niveau de l'intégration, tel qu'explique une participante africaine subsaharienne : « Je me suis sentie accueillie, car j'étais beaucoup renfermée à la maison. Ça m'a permis de m'ouvrir aux autres. Mes enfants ont commencé à jouer dehors suite à cette rencontre, plus de sécurité ».

Or, la moitié des hommes participant aux rencontres de groupe ont mentionné ne pas se souvenir avoir eu cette rencontre, ou se souvenir avoir eu une rencontre

d'information dans un organisme d'accueil pour d'autres motifs que l'évaluation psychosociale. Il semble que les hommes soient moins présents à domicile lors de la seconde rencontre d'évaluation dû à une intégration plus rapide que les femmes sur le marché du travail. Plusieurs participants africains subsahariens, hommes et femmes, rapportent également recevoir trop d'information et avoir beaucoup de rencontres lors des premières semaines suivant leur arrivée, ce qui entraîne de la confusion et des oublis.

Les recommandations des participants pour améliorer le BBE

L'expérience du BBE telle que rapportée par les participants met en lumière l'influence du contexte sur l'adéquation de l'évaluation psychosociale. Les participants ont été amenés à formuler des recommandations précises concernant la forme et le contenu de l'évaluation. Le Tableau suivant présente un résumé de ces recommandations :

Tableau 2

Résumé des recommandations pour une meilleure adéquation du BBE

N° rencontre	1 ^e	2	3 ^e (optionnelle)
Moment des rencontres	1 à 3 mois	3 à 6 mois	6 mois et plus
Lieu de la rencontre	CdR	CdR ou à domicile (au choix)	CdR ou à domicile (au choix)
Personnes présentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre individuelle ▪ Interprète 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre familiale ▪ Même intervenant ▪ Interprète 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre individuelle ▪ Même intervenant ▪ Interprète
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaboré de manière collaborative ▪ Droit de refus explicite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclarifié en début de rencontre ▪ Droit de refus explicite fréquemment au cours de l'entretien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclarifié en début de rencontre ▪ Droit de refus explicite fréquemment au cours de l'entretien
Format de l'évaluation	Questionnaire d'évaluation systématique, exhaustivité révisée	Psychoéducation	Évaluation des besoins spécifiques et suivi des références

Moments les plus propices pour procéder à l'évaluation psychosociale. Les recommandations des participants pour améliorer le contexte de l'évaluation ont été recueillies, après les avoir informés des nouveaux délais de temps recommandés par le MSSS pour effectuer l'évaluation (10/30). Trois participantes originaires d'Afrique subsaharienne recommandent de faire une première rencontre d'évaluation durant le

mois suivant l'arrivée :

Un mois serait bien, car c'est encore frais [dans la mémoire]. On vient et on ne connaît personne. On vit dans le tourment. On ne sait pas à quoi s'attendre. Est-ce qu'on va se trouver des amis? Donc, ce moment peut être rassurant.

Le délai d'un mois suivant l'arrivée pour effectuer la première rencontre est aussi soutenu par les travailleuses sociales, puisque cette première rencontre permet de dépister les cas nécessitant des soins urgents, et constitue l'établissement rapide d'un contact qui prépare les usagers au dévoilement pour la rencontre subséquente. Par contre, plus de la moitié des participants, de communautés et genres confondus, proposent plutôt une première rencontre entre un mois et trois mois suivant l'arrivée. Des arguments divers sont apportés pour soutenir ce délai, tels que donner le temps nécessaire pour se reposer et s'installer, permettre aux vrais problèmes d'intégration d'émerger, et limiter la quantité d'information reçue immédiatement après l'arrivée. Un homme africain explique : « À l'arrivée, on est un étranger, on ne comprend rien, on cherche un interprète. [...] C'est mieux d'attendre d'aller à l'école avant cette rencontre. Sinon tu ne comprends pas ». Concernant la deuxième rencontre, un maximum de trois mois suivant la première rencontre est généralement recommandé. Plusieurs participants, particulièrement des femmes, expliquent que cette seconde rencontre à domicile a permis de briser l'isolement. C'est aussi vers trois mois que, pour les personnes l'ayant vécue, la détresse psychologique liée aux difficultés d'intégration sociale et sur le marché du travail peut devenir plus envahissante. Pour leur part, certains participants afghans expliquent qu'ils n'auraient pas tendance à dévoiler des difficultés personnelles avant six mois suivant l'arrivée, et que la connaissance de la

langue facilite la communication à cet égard. Considérant ces divers éléments, permettre une plus grande latitude quant à l'espace-temps séparant les rencontres permettrait de mieux s'ajuster en fonction des besoins individuels et de certains aspects culturels.

Le nombre de rencontres et le lien avec l'intervenant. Les participants masculins afghans et les participantes africaines nomment que plusieurs rencontres facilitent le dévoilement et permettent d'établir le lien de confiance. En effet, pour la majorité des participants, le sentiment de confiance envers l'intervenant qui procède à l'évaluation apparaît comme un élément crucial. L'analyse des données met en évidence l'importance du *temps* pour établir le lien de confiance. Trois recommandations ont été faites en lien avec ce thème. D'abord, des participants ont mentionné apprécier que les intervenants prennent le temps de parler et de s'intéresser à eux. Ils ont également souligné l'importance de rencontrer le même intervenant plusieurs fois pour faciliter l'établissement du lien de confiance. Les travailleuses sociales ont d'ailleurs remarqué que les usagers dévoilent plus facilement leurs difficultés lors de la deuxième rencontre, et pensent qu'ils le feraient davantage lors d'une troisième rencontre. Finalement, être arrivé au Canada depuis un certain temps semble faciliter l'établissement du lien de confiance nécessaire pour aborder sa souffrance, tel qu'explique une femme afghane :

C'est facile [de parler de souffrance psychologique] après trois mois, quatre mois, cinq mois [suivant l'arrivée]. [...] Tout est vraiment un grand changement pour toutes les familles de nouveaux arrivants. Quand tu pars, un mois après l'arrivée, on va être vraiment choqués de ce qui se passe. Ils vont cacher tout ça [la souffrance psychologique] parce que tu ne connais pas l'endroit, tu ne connais pas les gens. Je ne connais pas le local du CLSC, je ne connais pas les médecins, beaucoup de personnes. Mais après trois, quatre mois, c'est correct pour les gens, c'est facile après trois ou quatre mois parce que les gens sont habitués un petit peu [...].

Le lieu et les personnes présentes. Dans la ville où se déroule l'étude, la seconde rencontre du BBE a lieu à domicile et en famille, ce qui représente une particularité par rapport au fonctionnement d'autres CdR au Québec. Les participants ont été questionnés sur ce dispositif de rencontre. Pour ce qui est des rencontres à domicile, les hommes afghans recommandent plutôt des rencontres à la CdR, et mentionnent que leurs femmes ont vécu la visite à domicile difficilement, laissant comprendre que cela a pu affecter leur sentiment de fierté :

Parce que les nouveaux arrivants, peut-être dans la maison elle [la travailleuse sociale] pense qu'il manque des choses, [qu'il y a] des problèmes dans la maison, que la maison n'est pas belle, ce que la travailleuse sociale pense de la maison... [*rire nerveux*].

Une préférence pour les rencontres en famille semble cependant faire l'unanimité chez tous les participants. Les participants afghans, hommes et femmes, disent se sentir confortables de faire les rencontres en famille, mais certains mentionnent qu'ils n'auront pas tendance à dévoiler leurs difficultés personnelles devant les autres membres de la famille. Ceci est particulièrement vrai pour les participantes afghanes qui expliquent, par exemple, vouloir garder le silence pour protéger leurs enfants. Toutefois, l'inconfort de dévoiler ses difficultés devant ses proches ne semble pas le cas pour tous. Une femme africaine mentionne s'être sentie en sécurité et confortable de faire la rencontre chez elle, « seule avec [sa] famille », et s'être ouverte sur ses difficultés. Par ailleurs, dans les deux groupes de participants masculins, il a été question d'avoir besoin de l'entourage pour reconnaître les problèmes de santé mentale, tel que l'explique un homme afghan :

[Celui qui est atteint] ne comprend pas qu'il a un problème. Parce qu'il y a un problème [de santé mentale], il ne sait pas qu'il a un problème. Quelqu'un qui le voit comprend qu'il y a un problème. Quelqu'un qui habite ensemble, il peut aider.

Ceci souligne l'importance d'inclure les proches dans l'évaluation psychosociale.

Pour les travailleuses sociales, ce modèle de seconde rencontre en famille à domicile leur permet d'être plus efficaces pour répondre aux critères de temps prévus par le MSSS. Néanmoins, elles mettent l'accent sur le fait que ce modèle n'est pas idéal. Les travailleuses sociales recommandent une troisième rencontre individuelle au besoin, avec des délais de temps plus long entre les rencontres, pour éviter que la personne ne se retrouve seule face à un système complexe et méconnu lorsque le besoin de service émerge : « L'idéal serait un modèle un mois, trois mois, six mois ».

L'interprétariat. Dans tous les groupes, la barrière de la langue est mentionnée comme un élément pouvant nuire significativement au bon déroulement de l'évaluation psychosociale. Une participante afghane et des participantes africaines subsahariennes expliquent que la présence de l'interprète a été perçue comme rassurante et a favorisé un sentiment de confiance, ce qui semble refléter l'opinion de la majorité des participants exprimée de manière non-verbale. Toutefois, il semble que la présence de l'interprète peut également représenter un obstacle. Parmi les éléments associés à l'interprétariat pouvant nuire au bon déroulement de l'évaluation, les erreurs de traduction dans les cas où l'interprète ne parle pas le bon dialecte, ainsi que l'inconfort de dévoiler ses difficultés en présence d'un interprète issu de la même communauté, doivent être pris en compte dans la décision et la manière d'intégrer un interprète à une rencontre

d'évaluation psychosociale.

Le consentement. Lorsque questionnée sur la possibilité de refuser l'évaluation psychosociale, le principe de consentement semble confus pour la majorité des participants. Tous les participants ont dit ne pas savoir qu'ils avaient le droit de refuser de participer au BBE. Un participant africain explique ne pas comprendre le sens du principe de consentement pour une offre de soin de santé :

C'est moi qui va me faire soigner, je ne vois pas pourquoi je dois dire oui ou non parce que je ne peux pas me soigner moi-même. [...] Je ne comprends pas le sens [du consentement], c'est comme s'il manquait d'explication pour comprendre.

Un autre élément apporté par ce participant illustre la confusion du principe de consentement, qui semble être associée à la posture de personne réfugiée dont le droit de refus peut être impossible voire non sollicité : « Je pense que quand j'arrive ici, tout ce qu'on te dit, c'est ça que t'es supposé faire ». La compréhension des travailleuses sociales des perceptions et des attitudes des participants à l'égard du consentement permet d'apporter certaines nuances. Selon elles, la possibilité de consentir de façon éclairée à ce service est limitée car il est difficile de se représenter le service concrètement, surtout lorsqu'il ne fait pas partie des pratiques connues d'une communauté. Le consentement éclairé est donc difficile à transmettre avant que ledit service n'ait été administré. Les travailleuses sociales croient que le contexte du triage 10 jours post-arrivée permet une première expérience de l'évaluation psychosociale, qui favorise l'obtention d'un consentement éclairé pour l'évaluation 30 jours post-triage. Toutefois, elles disent être conscientes des limites du consentement et constater que

plusieurs personnes consentent à l'évaluation psychosociale par politesse, reconnaissance et gratitude. Or, l'évaluation psychosociale pourrait s'avérer préjudiciable et générer de la détresse pour les usagers lorsque certains sujets sensibles sont abordés sans que la possibilité de refuser de répondre ne soit pleinement comprise, particulièrement lors de l'exploration du passé potentiellement traumatique. Malgré cela, aucune recommandation précise n'a été recueillie par les participants quant à la manière d'améliorer l'obtention du consentement éclairé lors de la conduite du BBE. Cet enjeu fondamental à la conduite du BBE sera discuté davantage dans la section « Discussion ».

Le format de l'évaluation. À propos d'aborder des sujets sensibles au cours de l'évaluation psychosociale, la plupart des participants africains subsahariens pensent qu'il est approprié de se faire questionner directement sur les événements difficiles du passé en lien avec une souffrance actuelle, même si cela peut susciter des émotions. Pour leur part, les travailleuses sociales expliquent que, dans le but d'orienter les références à des services de soutien psychologique, elles tentent d'évaluer la présence de certains symptômes psychologiques, bien qu'elles sentent parfois ne pas avoir la formation nécessaire pour adresser les sujets de nature traumatique pouvant émerger lors de cette évaluation. De plus, le groupe de participantes afghanes et un homme afghan croient que l'évaluation de ces sujets nécessite une intervention plus délicate, sinon « la personne risque de se fermer et d'attendre d'être plus en confiance avant d'aborder les sujets plus difficiles ».

Ce malaise, plusieurs participants l'ont décrit de différentes manières en ce qui a trait à l'incompréhension et l'inquiétude de se faire poser autant de questions, qui touchent des sujets intimes, particulièrement dans le contexte où ils ne reverront peut-être jamais l'intervenant. Pour pallier cette situation, le groupe de femmes afghanes propose d'offrir plutôt des interventions de psychoéducation :

Les afghans ne s'ouvrent pas facilement, ne font pas confiance facilement, ils ne vont pas te raconter. Il faut trouver une autre façon de sortir leur histoire. [...] Je pense que ça peut aider, parler en général, par exemple de la dépression, parler tous ensemble de ce qu'est la dépression, c'est quoi les symptômes. Ceux qui l'ont, ils ne vont pas te le dire, mais ils vont le ressentir, ils vont le savoir. Je pense que ça peut aider beaucoup.

Selon elles, ce type d'intervention permettrait d'informer les usagers à propos de la santé mentale et de la manière d'accéder aux services tout en développant un lien de confiance avec les intervenants. Ce type d'intervention serait également perçu comme moins intrusif. Pour leur part, les travailleuses sociales trouvent appropriée l'idée d'interventions de psychoéducation, notamment parce que celles-ci peuvent représenter une alternative aux enjeux de consentement. Elles proposent l'élaboration de petits guides psychoéducatifs sur divers thèmes associés au contenu de l'évaluation psychosociale, présentés selon le choix des familles. Parmi les thèmes suggérés, on retrouve la santé mentale et les maladies mentales, la santé mentale en contexte migratoire, les traumatismes, les difficultés familiales et conjugales, les services en santé mentale au Québec, et le principe de consentement.

Manque d'accès aux services psychosociaux suite au BBE

Au-delà des recommandations des participants pour améliorer la forme et le

contenu du BBE, les limites et les besoins non-comblés par l'évaluation ont été abordés spontanément dans tous les groupes. Plus spécifiquement, la difficulté d'accéder à des services suite à l'évaluation, en lien avec les longs délais d'attente et l'inaccessibilité des médecins de famille, est mise de l'avant unanimement. Le manque d'accès aux services psychosociaux suite au BBE semble représenter une limite fondamentale, puisque le fonctionnement actuel ne permet pas d'avoir accès aux services au moment où les usagers en ont besoin. Ce besoin criant d'un meilleur accès à des services sans rendez-vous de proximité à même les structures déjà existantes, telles que les CdR, est souligné par plusieurs participants.

Au fil des semaines d'attente pour un service suite au BBE, une participante africaine rapporte de la désillusion et de la confusion envers le système de santé et de services sociaux, puisqu'elle a été sollicitée pour dévoiler des difficultés mais demeure sans soutien. Cette situation amène les travailleuses sociales à se questionner sur la visée du BBE :

Je trouve que le bilan de bien-être en général, on évalue beaucoup. On va dans l'histoire, on va dans le parcours, on ratisse large. On veut avoir une évaluation qui est la plus complète [possible], mais ça crée des attentes aussi. Et c'est qu'on n'est pas toujours capables d'y répondre. [...] Donc c'est pour qui est-ce que je la fais [l'évaluation psychosociale]? C'est souvent ma question. Je la fais pour moi? Je la fais pour mon Ordre [professionnel]? Je la fais pour la Clinique des réfugiés? On veut s'assurer que les gens soient évalués mais...

Lorsqu'enfin un rendez-vous leur est offert, les intervenantes observent que plusieurs usagers ne se présentent pas au rendez-vous. Diverses explications sont suggérées par les participants pour comprendre ces absences, notamment la disponibilité

du service alors que le besoin n'est plus actuel ou a été comblé autrement, ainsi que la crainte d'être jugé par la communauté pour l'utilisation de services en santé mentale. Selon les travailleuses sociales, il pourrait également y avoir des écarts entre le besoin perçu par l'intervenant et le besoin identifié par l'utilisateur. Des lacunes sont observées dans la manière de valider que le service auquel l'utilisateur est référé correspond bien à son besoin. La tendance à accepter par politesse pourrait également expliquer les absences aux rendez-vous selon les travailleuses sociales, ce qui appuie l'importance de mieux cibler et adapter le processus de consentement.

Discussion

Parmi les recommandations concernant le BBE proposées par les personnes réfugiées, certaines adressent des limites fondamentales de cette évaluation. Ces recommandations représentent des avenues concrètes et créatives. Les aspects suivants seront discutés à la lumière des recommandations de certains experts : les moments les plus propices pour effectuer le BBE, l'importance du lien avec l'intervenant, le consentement, le format de l'évaluation, le manque d'accès aux services post-évaluation et la visée du BBE.

Moments les plus propices pour effectuer le BBE et importance du lien avec l'intervenant

Les exigences ministérielles actuelles pour le programme passerelle prévoient un triage psychosocial dans les 10 jours suivant l'arrivée, et la complétion de l'évaluation

psychosociale dans les 30 jours post-triage. Les données probantes soutenant ces délais de temps n'apparaissent pas disponibles, et ces délais seraient inspirés des critères de triage des services psychosociaux offerts à la population générale. Les personnes réfugiées et les intervenantes ayant participé à la présente étude semblent plutôt suggérer une première rencontre un mois suivant l'arrivée, une deuxième rencontre avec le même intervenant entre trois et six mois suivant l'arrivée, et au besoin une troisième rencontre allant au-delà de six mois après l'arrivée. Ces recommandations correspondent aux propositions faites par des experts. Selon Shannon (2014) et Woodland, Burgner, Paxton, et Zwi (2010), le meilleur moment pour aborder directement la santé mentale serait lors d'une première évaluation de santé globale qui se tiendrait au cours du mois suivant l'arrivée. D'autres experts suggèrent qu'il y ait plusieurs rencontres d'évaluation espacées dans le temps, ce qui permettrait un meilleur arrimage avec les besoins psychosociaux pouvant émerger dans les premiers mois suivant l'arrivée (Gardiner & Walker, 2010; Hjörleifsson, Hammer, & Diaz, 2018; Kirmayer et al., 2011; Ontario Center of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2016). Enfin, d'autres experts recommandent pour leur part d'effectuer une série de trois à quatre rencontres en médecine préventive, puis une évaluation standardisée de la santé mentale environ trois à six mois après l'arrivée (Polcher & Calloway, 2016; Pottie et al., 2011; Rousseau, Pottie, Thombs, Munoz, & Jurcik, 2011).

Polcher et Calloway (2016), de même que Rousseau et al., (2011) mettent l'emphasis sur l'importance d'établir un lien de confiance avec l'intervenant, d'où leur recommandation à l'effet qu'il y ait plusieurs rencontres d'évaluation échelonnées dans

le temps et avec un même intervenant. Ceci est cohérent avec ce qui est rapporté par les participants de notre étude qui expliquent qu'ils auront généralement peu tendance à se dévoiler lors d'une première rencontre, mais que le contact avec l'intervenant favorise le processus d'intégration sociale et permet de développer un sentiment de confiance qui sera bénéfique au dévoilement lors des rencontres subséquentes. Cette propension à peu dévoiler les problèmes de santé mentale lors des premiers contacts avec les intervenants est constatée par McKenzie et ses collègues (2016), qui observent notamment que les réfugiés récemment arrivés ont tendance à moins rapporter de symptômes dépressifs qu'ils en ont réellement, et qu'il y a un risque de détérioration de l'état de santé mentale au cours des mois suivant l'arrivée au Canada. Selon ces experts, le manque de temps pour discuter avec le professionnel apparaît comme l'une des principales explications à cette difficulté de dépister des symptômes dépressifs. Les recommandations des participants et des experts apparaissent donc cohérentes : Plusieurs rencontres avec le même intervenant jusqu'à six mois suivant l'arrivée au Québec permettrait de prendre le temps de parler et de développer un lien de confiance. Considérant les délais expéditifs exigés pour effectuer le BBE (10 jours puis 30 jours), il semble y avoir discordance entre les exigences ministérielles et les recommandations des participants et des experts pour favoriser une évaluation psychosociale adéquate et pertinente.

Consentement

Le consentement à des services de santé tel que pratiqué dans le système de santé québécois est fondé sur des principes d'individualisme et de liberté de choix, et

semble faire peu de sens pour les participants de cette recherche. Ces résultats soutiennent les observations de Eklöf et ses collègues (2017) à l'effet que le principe de consentement tel que pratiqué en occident est parfois inapproprié auprès de demandeurs d'asile. L'objectif du consentement est de prévenir l'exploitation et d'informer clairement sur le but, les bénéfices, et les risques inhérents à l'utilisation d'un service. Or, le consentement doit également être recueilli dans un contexte où l'utilisateur comprend bien ce qui lui est demandé. L'utilisateur doit se sentir pleinement libre d'accepter ou de refuser le service. Puisque tous les participants à la présente étude, sans exception, ont rapporté ne pas savoir qu'ils auraient pu refuser de participer au BBE, il semble primordial d'adapter l'obtention du consentement éclairé. Bien comprendre ce qu'implique la participation au BBE ou le refus d'y participer peut permettre de réduire le risque de porter préjudice, tel que de réactiver une détresse psychologique lors de l'exploration du passé potentiellement traumatique.

Pour améliorer les pratiques en matière de consentement, l'OMS (2016) recommande d'impliquer les membres des communautés visées pour développer des méthodes de communication adaptées. Sur la base de leurs travaux portant sur la recherche en santé auprès de populations vulnérables, Zion, Gillam, et Loff (2000) proposent également des directives pour assurer de meilleures pratiques en matière de consentement. Ces experts recommandent entre autres que les procédures visent à *solliciter* et *expliquer* le consentement plutôt qu'à l'*obtenir*. Actuellement pour le BBE, le consentement doit être obtenu en début de rencontre. Pour favoriser l'explication plutôt que l'obtention du consentement, pourrait-on considérer qu'il soit sollicité

fréquemment tout au long de l'évaluation psychosociale? Par exemple, ajouter de simples interventions entre les sections de l'évaluation pour en présenter le thème, annoncer lorsque les questions toucheront des sujets délicats, et réitérer le droit de refuser de répondre, pourraient être intégrées au fil de la rencontre. Mieux expliquer ce qu'implique le refus de l'évaluation psychosociale, et bien faire la distinction entre la participation au BBE et l'accès à d'autres services est également essentiel. De plus, Zion et ses collègues (2000) suggèrent de s'assurer que le service soit réellement arrimé aux besoins des usagers, ce qui est questionnable dans le cas du BBE. En effet, le caractère précipité des délais de temps exigés par la politique ministérielle du 10/30 n'apparaît pas arrimé aux besoins rapportés par les participants de la présente étude. Les délais actuels occasionnent également une pression importante sur les CdR de devoir effectuer rapidement le BBE. Il est donc possible qu'une pression tacite soit ressentie par les équipes responsables de la conduite du BBE pour respecter les délais de temps, ce qui peut influencer le souci avec lequel le consentement libre et éclairé est expliqué.

Format de l'évaluation

Présentement, l'évaluation psychosociale se déroule sous forme d'une entrevue semi-structurée au cours de laquelle les intervenants investiguent la situation des personnes réfugiées afin d'identifier des problèmes ou besoins potentiels. Or, bien que la plupart apprécie ces premiers contacts avec des intervenants, plusieurs participants ont nommé ne pas être à l'aise de s'ouvrir rapidement à propos de leurs difficultés et de leur souffrance. Pour pallier ce malaise et favoriser l'établissement du lien de confiance,

une recommandation faite par plusieurs participants est d'intégrer des ateliers psychoéducatifs lors du BBE. Cette approche aurait l'avantage d'être moins intrusive qu'un questionnaire d'évaluation systématique.

Cette recommandation est d'ailleurs cohérente avec les conclusions d'une étude pancanadienne effectuée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto (Vasilevska, Madan, & Simich, 2010). Les conclusions de cette étude ciblent la psychoéducation comme l'un des principaux besoins en termes de services psychosociaux pour les personnes réfugiées. Selon cette étude, la psychoéducation favorise une approche centrée davantage sur la résolution de problème que sur l'exploration de la maladie mentale, et serait mieux adaptée aux besoins des personnes réfugiées. Dans la même lignée, Ellis, Miller, Baldwin et Abdi (2011), considèrent également que des interventions de psychoéducation auprès du client et de sa famille peuvent favoriser l'établissement d'un lien de confiance, et facilitent par la suite l'identification de besoins spécifiques. La visée psychoéducative de l'évaluation psychosociale peut également permettre un meilleur ajustement aux principales perceptions et aux attitudes envers la santé mentale pouvant influencer le déroulement du BBE (telles que la crainte d'être jugé, la volonté d'oublier les souffrances du passé, et la tendance à aller vers les autres ou non, ci-haut mentionnées). De plus, offrir un service qui donne davantage d'information aux usagers qu'il n'en recueille prend en compte la disparité des pouvoirs entre intervenants et personnes réfugiées. En ce sens, la psychoéducation peut représenter une issue intéressante aux enjeux de consentement liés à la passation d'une entrevue semi-structurée lors des premiers contacts. Cette

proposition comporte aussi l'avantage de répondre en premier lieu aux besoins des personnes réfugiées, tout en tenant compte des exigences ministérielles, et peut être intégrée facilement à la structure d'évaluation psychosociale déjà en place.

Toutefois, cette orientation nécessite une confiance de la part de l'intervenant en la capacité de l'utilisateur d'identifier ses besoins. De plus, une limite de cette approche psychoéducative est que plusieurs participants rapportent avoir été surchargés d'information dans les premières semaines suivant leur arrivée, ce qui peut entraîner de la confusion et une rétention limitée des informations. Il est donc possible que des interventions de psychoéducation dans le cadre du BBE soient plus pertinentes au cours d'une seconde rencontre d'évaluation, lorsque les aspects pratiques entourant l'installation dans la ville d'accueil ont été traités.

Manque d'accès aux services post-évaluation

Une critique importante du BBE formulée par plusieurs participants concerne les difficultés d'accès aux services auxquels ils sont référés suite à l'évaluation psychosociale. Ils évoquent plus particulièrement les délais de temps trop longs entre le moment où la référence est faite et le moment où l'utilisateur se voit offrir un rendez-vous. Cette critique remet en question l'objectif même du BBE, c'est-à-dire de dépister des besoins psychosociaux en vue d'apporter l'aide nécessaire pour répondre à ces besoins. En effet, à quoi sert-il d'effectuer rapidement une évaluation psychosociale exhaustive si l'offre de services n'est pas en mesure de répondre aux besoins identifiés dans les délais nécessaires?

L'incapacité de mettre à disposition les services adéquats au moment où le besoin est identifié met en lumière la pression et l'impuissance pouvant être ressenties par les intervenants. D'une part, les balises du BBE guidant les intervenants à faire une évaluation exhaustive n'apparaissent pas tout à fait cohérentes avec l'objectif du BBE d'effectuer une évaluation dans le but de référer au service adéquat. D'autre part, il faut considérer les conséquences psychologiques que peut avoir sur l'utilisateur une évaluation psychosociale ponctuelle en profondeur, sans que des services ne soient rapidement disponibles par la suite. La responsabilité de l'État quant au bien-être des personnes réfugiées ne se limite pas à offrir des services d'évaluation à l'arrivée. L'État doit aussi considérer les iniquités en matière d'accès aux services de soins de santé et psychosociaux et y pallier. En ce sens, la recommandation faite par les participants d'avoir accès à des services de santé sans rendez-vous à même les structures déjà existantes se présente comme une manière logique et appropriée d'améliorer le BBE dans sa finalité. Bien sûr, la faisabilité de cette recommandation demeure un enjeu majeur, considérant les difficultés d'accès aux services de santé et psychosociaux observables de manière générale au Québec.

Forces et limites de l'étude

Une des contributions majeures de l'étude se rapporte au fait qu'elle recueille la perspective des personnes réfugiées sur les services d'évaluation qui leur sont offerts. Tel que mentionné par Cleveland (2016), cité par Bélanger-Dumontier, Vachon et Caldaïrou-Bessette (2017), avoir accès aux perspectives des personnes réfugiées est

essentiel pour mieux comprendre leur expérience et ainsi mieux adapter les services leur étant destinés. Dans le souci de bien représenter leur perspective, un devis de recherche qualitatif adoptant une posture réaliste critique ainsi que des critères de scientificité ont été pris en compte tout au long du processus de recherche. Notamment, des mesures ont été prises dans le but de limiter l'influence du cadre conceptuel et de la subjectivité de l'équipe de recherche dans l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Par exemple, les résultats ont été validés directement auprès de huit participants lors d'une seconde phase d'entretien de groupe. Une seconde rencontre a aussi été effectuée avec les deux travailleuses sociales ayant participé à l'étude. Ces rencontres ont permis de valider et nuancer les résultats, et de s'assurer ainsi de bien rapporter les propos des participants et de traduire adéquatement leur perspective. Bien sûr, l'intention de demeurer le plus fidèle possible à l'expérience des participants ne peut suffire à éliminer complètement la subjectivité des chercheurs, mais a du moins contribué à sa prise en compte dans l'interprétation des résultats.

L'étude a été conduite auprès de personnes issues de plus d'une communauté géoculturelle. Ceci permet de mettre en lumière les aspects partagés, mais aussi les particularités plus distinctives de ces communautés. L'étude a aussi pris en compte certaines différences au niveau des genres. Ces résultats permettent de constater que les réfugiés ne constituent pas un bloc monolithique et qu'une approche tenant compte des variables individuelles et socioculturelles est nécessaire. Le devis de recherche comprenant des entretiens de groupe et individuels semble avoir favorisé l'exploration d'aspects communs et spécifiques chez les participants. Ce devis a également permis

d'effectuer une triangulation des données au moment de l'analyse et ainsi augmenter la validité des résultats.

La principale limite de l'étude concerne la sélection des participants, et plus particulièrement le critère du temps depuis d'arrivée au Canada, soit entre 2013 et 2017. Ce critère n'a pu être respecté pour l'entretien de groupe avec les femmes afghanes, puisque celles ayant accepté de participer sont arrivées entre 1997 et 2013. Leur participation a permis d'avoir accès aux perceptions et attitudes envers la santé mentale véhiculées dans leur communauté, mais leurs réponses peuvent aussi être influencées par des conceptualisations québécoises de la santé mentale. Notamment, ces participantes ont abordé avec aisance des thèmes qu'elles jugent délicats à aborder avec les femmes afghanes. La question du temps depuis l'arrivée au Canada peut aussi introduire des biais de mémoire, certains participants ayant vécu l'expérience du BBE plus de cinq ans auparavant. Sachant que la manière de conduire le BBE a évolué depuis 2012, l'expérience relatée par les participants a pu se dérouler dans des contextes variables et est empreinte d'appréciations et de souvenirs subjectifs. Finalement, aucun participant n'a expérimenté le BBE tel qu'administré actuellement selon la procédure du 10/30. Les variations en ce qui a trait au critère de temps depuis l'arrivée, de même que le nombre limité de communautés culturelles représentées dans l'étude appellent à la prudence quant à la généralisation des résultats. Enfin, la recherche auprès d'une population allophone nécessitant un interprète comporte inévitablement une transformation des propos originaux des participants, ce qui peut aussi introduire certains biais dans les résultats.

Implications de l'étude pour améliorer le BBE et les services psychosociaux

Les recommandations présentées dans cette étude visent une meilleure adéquation entre le BBE, tel qu'administré actuellement par la CdR selon les exigences ministérielles, et les besoins des personnes réfugiées. Ces recommandations visent certains aspects fondamentaux de l'évaluation psychosociale. Elles proviennent des personnes réfugiées et des travailleuses sociales participant à l'étude, et sont le plus souvent corroborées par la littérature existante. Quatre recommandations principales ont été discutées, soit (1) espacer les rencontres dans le temps, (2) considérer l'importance du lien de confiance avec l'intervenant, (3) favoriser le consentement éclairé, (4) adapter le format de l'évaluation dans une visée psychoéducative.

Les résultats mettent également en lumière d'autres aspects qu'il importe de prendre en considération dans un souci d'adaptation des services. Des différences sont observées au niveau de la conceptualisation de la santé mentale et des problématiques de santé mentale, ainsi que la manière d'exprimer la souffrance psychique. Il s'avère primordial pour les intervenants de reconnaître l'existence de ces différences, de prendre le temps de s'intéresser à la perspective des usagers sur ces questions, ainsi que d'établir un langage commun au moment d'aborder la santé mentale. De plus, si certains éléments sont partagés en ce qui concerne l'expérience du BBE et les recommandations faites par les participants pour l'améliorer, certains éléments rapportés sont aussi teintés par des particularités culturelles ainsi que par des différences individuelles ou selon le genre. Nous avons vu notamment que les besoins peuvent varier relativement à

l'espace-temps entre les rencontres, aux rencontres familiales versus individuelles, et à la présence des interprètes. Les résultats soulignent donc l'importance de concevoir le BBE de manière à permettre une certaine latitude aux travailleurs sociaux des CdR afin d'adopter une approche prenant en considération les différences socioculturelles, familiales et individuelles.

Enfin, il semble que le BBE ne favorise que partiellement l'équité d'accès aux soins pour les personnes réfugiées. Il est primordial de se questionner sur la pertinence de l'évaluation psychosociale si les personnes réfugiées n'ont pas accès aux services auxquels ils sont référés suite à cette évaluation. De plus, le BBE tel qu'élaboré présentement a été conçu selon les normes et exigences du ministère et de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Mais est-il nécessaire d'effectuer une évaluation aussi exhaustive et est-ce réellement adapté aux besoins de cette population? À cet effet, il apparaît essentiel de se demander en premier lieu *qui* sont les bénéficiaires de ce service. Tel que suggéré par Macklin (2003), le travail auprès de populations considérées vulnérables peut entraîner une forme d'instrumentalisation dans le système de santé, dépendamment de qui en retire les bénéfices. Par exemple, dans le cas du 10/30, des gains politiques peuvent être associés au fait de présenter des mesures d'accueil et d'accessibilité qui apparaissent efficaces. Ces mesures expéditives peuvent également permettre de rassurer la population d'accueil quant à la capacité de l'État à prendre en charge le nombre grandissant de personnes réfugiées arrivant au Québec. Or, au-delà de ces desseins politiques, la population générale est également aux prises avec des difficultés d'accès aux services de

santé et psychosociaux. Considérer la perspective des personnes réfugiées peut être profitable non seulement pour améliorer l'adéquation des services qui leur sont offerts, mais aussi pour nourrir la réflexion et apporter des pistes de solutions innovantes face aux enjeux plus larges d'iniquité d'accès aux soins au Québec.

Conclusion

La prochaine section vise à revenir sur certains résultats plus saillants de l'étude, et à mettre en lumière l'utilité de ces résultats pour adapter la pratique clinique auprès des personnes réfugiées. D'autres résultats qui n'ont pas été présentés dans l'article seront également abordés, ainsi que certaines forces et limites du projet de recherche. Les retombées du projet et les pistes de recherche futures sont présentées. Le mémoire doctoral se conclut sur l'apport de cette expérience de recherche dans le développement de ma propre pratique professionnelle.

Adaptation de la pratique clinique auprès des personnes réfugiées

La discussion des résultats présentée dans l'article est étroitement liée à plusieurs aspects de la pratique clinique auprès de personnes réfugiées. Quatre grands éléments sont particulièrement importants à considérer, tant pour l'évaluation psychosociale que pour la psychothérapie auprès des personnes réfugiées. En premier lieu, les résultats mettent en relief l'importance de *prendre le temps d'établir un langage commun* au moment d'ouvrir le dialogue au sujet de la santé mentale. Il existe des différences importantes d'une culture à l'autre quant aux conceptualisations entourant la santé mentale, la souffrance psychique et les stratégies d'adaptation culturellement privilégiées (Sterlin & Dutheil, 2000, Tseng, 2003). Prendre le temps d'explorer les conceptions de la santé mentale et des services permet de mieux ajuster les interventions, de favoriser plus d'ouverture et de collaboration, et de s'assurer que les services offerts et le plan de traitement correspondent aux besoins identifiés par l'utilisateur. Omettre d'explorer les conceptions de la santé mentale peut mener à des

malentendus importants et compromettre la communication (Qureshi & Collazos, 2011). Ceci s'applique aussi bien au moment d'effectuer une évaluation psychosociale que d'initier une démarche de psychothérapie.

En second lieu, l'importance *d'explorer les appréhensions et les besoins* quant aux services offerts ressort de manière proéminente. Il s'agit d'une étape fondamentale et trop souvent négligée au moment d'évaluer l'état de santé mentale d'une personne réfugiée (Watters, 2001). Plusieurs participants ont partagé de l'incompréhension, de l'inconfort et parfois même de l'inquiétude face à la manière dont les besoins psychosociaux sont évalués : « Ai-je fait quelque chose de mal? Pourquoi ces questions? ». L'inconfort et l'inquiétude exprimée par les participants face aux questions personnelles qui leur sont posées au cours de l'évaluation psychosociale peut être en partie expliquée par une méfiance envers les institutions. En effet, une grande partie des réfugiés proviennent de pays où les conflits socio-politiques sont associés à des régimes répressifs des droits humains. Plusieurs communautés de personnes réfugiées ont développé de la méfiance envers les autorités et les services gouvernementaux, particulièrement les communautés ayant vécu de la persécution et de la violence dues à des sanctions gouvernementales (Ellis, Miller, Baldwin, & Abdi, 2011). De plus, plusieurs participants ont évoqué la crainte d'être jugés face à leurs difficultés et au recours à des services psychosociaux. Plusieurs participants ont également nommé ne pas se sentir à l'aise de s'ouvrir aussi rapidement à propos de la santé mentale. Explorer les appréhensions envers les services psychosociaux peut donc permettre d'adresser la méfiance, l'inconfort et la crainte d'être jugé au moment de

l'évaluation.

En ce qui a trait à l'évaluation des besoins, les résultats de l'étude mettent en évidence l'importance de vérifier que les besoins identifiés par l'intervenant correspondent aux besoins identifiés par l'utilisateur. Goldberg et Huxley (1992) rappellent que la perception du clinicien face aux problématiques que présente une personne réfugiée peut être déterminante quant à l'accès aux services auxquels cet usager a besoin. Ceci souligne le pouvoir et la responsabilité du clinicien de favoriser l'équité d'accès aux services psychosociaux. Il s'avère donc essentiel que l'intervenant soit bien à l'écoute et sensible aux besoins de l'utilisateur, qu'il ne présume pas de ces besoins, et qu'il s'assure d'adopter une approche entièrement collaborative, tant pour la référence à une ressource que pour l'élaboration d'un plan de traitement.

Ces résultats mettent aussi en relief l'importance de *prendre le temps de créer un lien de confiance entre intervenants et usagers*. Dans la littérature, la qualité de la relation entre psychothérapeute et patient est identifiée comme l'un des principaux facteurs pouvant favoriser le cours de la thérapie (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2009; Rodgers et al., 2010). Si ceci est vrai avec tous les usagers, c'est d'autant plus important avec les personnes réfugiées, notamment parce qu'elles peuvent vivre de la méfiance envers l'institution, mais aussi parce qu'elles ne sont pas toujours habituées à ce type de relation avec un professionnel (Sterlin & Dutheuil, 2000). Sans compter le rapport de pouvoir qui est encore plus prégnant dans la rencontre entre intervenants représentants de la culture dominante et usagers provenant de cultures

minoritaires. De plus, des différences culturelles se rapportant entre autres aux notions de pouvoir (relation hiérarchique versus collatérale), de temps (fluide et inexact versus quantitatif et précis), et de dévoilement de soi (minimal versus considérable), peuvent être à l'origine de quiproquos culturels et représenter des défis pour établir un lien de confiance en psychothérapie (Qureshi & Collazos, 2011). En d'autres termes, les conditions nécessaires pour établir un lien de confiance peuvent varier grandement d'un individu à l'autre, et d'une culture à l'autre. Les variations de ces aspects relationnels et temporels méritent d'être pris en considération par les cliniciens, tel que recommandé par l'APA (2003) et l'OPQ (2002) lors d'interventions en contexte interculturel.

Un dernier élément saillant des résultats de l'étude se rapporte à la recommandation faite par les participants de *faire les premières rencontres d'évaluation psychosociale sous forme d'ateliers psychoéducatifs*. Ces rencontres de psychoéducation pourraient aborder des thèmes tels que la santé mentale et les maladies mentales, la santé mentale en contexte migratoire, les difficultés familiales et conjugales, les services en santé mentale au Québec, et le principe de consentement. Cette approche psychoéducative semble également appropriée à la phase initiale d'évaluation en psychothérapie. Il s'agit d'une alternative moins intrusive qu'une évaluation semi-dirigée, mais qui, dans le contexte où la psychothérapie est parfois méconnue pour les personnes réfugiées, permet un accompagnement plus soutenu qu'une évaluation non-dirigée. La psychoéducation peut permettre d'élaborer conjointement une compréhension de ce qu'est un processus psychothérapeutique, et favorise

l'établissement progressif du lien de confiance. D'un côté, une telle approche permet à l'utilisateur d'accéder à la perspective du pays d'accueil quant à ses difficultés et aux possibilités de soins. D'un autre côté, cette approche représente pour le clinicien une porte d'entrée pour explorer les conceptualisations de la santé mentale, les appréhensions et les besoins face à la psychothérapie qui sont propres à l'utilisateur. Utiliser la psychoéducation pour initier une psychothérapie avec une personne réfugiée est également en cohérence avec les autres aspects mentionnés ci-haut, soit l'importance d'établir un langage commun, d'explorer les appréhensions et les besoins, et de prendre le temps de créer un lien de confiance.

Autres résultats en lien avec les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale

Pour élaborer de meilleures pratiques en termes d'évaluation psychosociale offerte aux personnes réfugiées, notre objectif de recherche se décline en deux volets : Explorer et comprendre les perceptions et les attitudes des personnes réfugiées (1) à l'égard de la santé mentale, puis (2) à l'égard des services psychosociaux offerts dès l'arrivée au Québec. Tout en incorporant quelques résultats associés au premier volet de l'objectif de recherche, l'article présenté précédemment porte principalement sur le deuxième volet. Or, nous trouvons pertinent de rapporter ici quelques résultats supplémentaires en lien avec le premier volet portant sur les perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale qui n'ont pu être abordés dans l'article. Tel qu'élaboré dans l'introduction du présent ouvrage, les perceptions à l'égard de la santé mentale se

rapportent aux connaissances, aux croyances et aux conceptions d'un individu quant au bien-être et à la maladie mentale (Manjrekar & Patil, 2018). Les attitudes à l'égard de la santé mentale découlent entre autres des perceptions, et peuvent influencer l'utilisation des services (Bossé, 2017). Nous pensons que ces résultats peuvent s'avérer utiles pour améliorer les pratiques auprès des communautés à l'étude. La section suivante présente donc ces résultats qui s'articulent autour de trois thématiques : (1) quelques particularités des communautés culturelles ayant participé à cette étude, (2) éléments à prendre en compte pour soutenir le processus d'intégration et le mieux-être, et (3) conceptualisation de la santé mentale. Les résultats présentés dans la section suivante s'ajoutent à ceux déjà présentés dans l'article relativement au premier volet de l'objectif de recherche.

Quelques particularités des communautés culturelles ayant participé à cette étude

Certaines particularités dans le système de valeurs et le fonctionnement social propres aux communautés des participants ont été identifiées. Ces particularités culturelles, rapportées par les participants, apparaissent importantes à considérer pour introduire les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale de ces communautés de manière à bien les contextualiser. De plus, les directives de l'APA sur l'éducation, la formation, la recherche, la pratique et le changement organisationnel en contexte multiculturel pour les psychologues (traduction libre, 2003) souligne la nécessité d'être informé quant aux contextes multiculturels, ainsi que sur des aspects spécifiques à certaines cultures. Connaître certains éléments distinctifs des communautés culturelles peut s'avérer utile pour les intervenants leur offrant des

services dans le but de mieux adapter les interventions. Il faut s'assurer cependant d'être prudent à ne pas généraliser ces résultats, puisque plusieurs variations sont présentes au sein d'une même communauté. De plus, les éléments rapportés plus bas sont partiels et n'ont pas la prétention de dresser un portrait des communautés à l'étude, mais plutôt d'apporter quelques précisions qui peuvent avoir leur utilité pour comprendre certaines zones de souffrance et problématiques rencontrées de manière plus prégnante par plusieurs membres de ces communautés.

Les communautés ayant participé à la présente étude sont la communauté Afghane, et les communautés d'Afrique subsaharienne. Des distinctions sont identifiées entre les groupes d'hommes et de femmes pour chaque communauté, et sont le plus souvent élaborées par les participants eux-mêmes lorsqu'invités à se décrire. Du côté Afghan, une valeur qui apparaît très importante dans la communauté est l'autonomie financière. Les hommes se dépeignent comme des travailleurs voulant rétablir l'honneur de la famille à travers le statut économique. Ils rapportent que l'importance d'intégrer le marché du travail rapidement est primordiale pour les hommes de leur communauté, souvent au détriment de l'intégration aux cours de francisation. La participation des femmes afghanes aux cours de francisation alors que le mari travaille amène parfois un déséquilibre dans la relation conjugale puisque les rôles tendent à se redéfinir. L'émancipation de la femme semble parfois entraîner des conflits au sein du couple et des difficultés d'ajustement. Pour leur part, les femmes afghanes se dépeignent comme des personnes endurantes et tolérantes, pouvant avoir tendance à ne pas parler de leur souffrance pour protéger la famille. Par ailleurs, il semble que les

contacts hommes-femmes représentent un enjeu significatif lors de l'adaptation au Québec pour ce groupe, et que la proximité de leur mari avec d'autres femmes puisse être source de souffrance chez plusieurs d'entre elles. Au niveau de l'expression de la souffrance et de la gestion des difficultés, il semble que la tendance à garder pour soi la souffrance et les difficultés familiales semble plutôt la norme dans cette communauté.

La majorité des participants d'Afrique subsaharienne, hommes et femmes, mettent l'accent sur la santé et l'éducation des enfants comme facteur le plus significatif de leur bien-être lors du processus d'intégration. Les hommes originaires d'Afrique subsaharienne décrivent l'importance d'avoir un sens à leur vie, de se sentir utile au moment de leur intégration au Québec. De la souffrance et des problèmes de santé mentale surviendraient lorsqu'ils demeurent inactifs ou ne sentent pas qu'ils ont « leur place dans la société ». En ce sens, bénéficier de l'aide financière de dernier recours à moyen et long terme est ciblé comme une problématique. Pour leur part, les femmes africaines expliquent trouver difficile l'isolement à domicile lorsqu'elles doivent assurer la garde de jeunes enfants. Ces femmes expliquent ne pas pouvoir intégrer la francisation car elles n'ont pas accès aux services de garde subventionnés. Le fait de demeurer inactif socialement et professionnellement semble donc représenter un facteur de risque important au cours du processus d'intégration pour les membres des communautés d'Afrique subsaharienne. Toutefois, lorsque les femmes s'autonomisent, il semble que la redéfinition des rôles au sein de la famille soit source de conflits auprès de ces communautés. Cet aspect apparaît similaire aux vécus des femmes de la communauté afghane. Pour les cliniciens, il peut s'avérer utile, voir primordial au

moment d'évaluer les besoins, de tenir compte des nuances culturelles associées à l'importance de s'intégrer au niveau social et professionnel, et les conséquences que cette intégration peut avoir sur les dynamiques familiales. La manière dont chaque communauté valorise le dévoilement de soi peut varier et doit également être prise en considération.

Éléments à considérer pour soutenir le processus d'intégration et le mieux-être

Au moment d'échanger sur les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale qui caractérisent leur communauté, les participants ont été amenés à élaborer sur les aspects du processus d'intégration ayant pu influencer leur bien-être psychologique. Les éléments qui facilitent et rendent difficile leur intégration à la société d'accueil ont notamment été abordés. Trois éléments sont ici mis en lumière de manière à permettre aux intervenants de mieux adapter les interventions et favoriser le bien-être des personnes réfugiées au cours du processus d'intégration.

Importance de la francisation. De manière générale, les propos rapportés par les participants mettent en évidence que l'absence aux cours de francisation, pour diverses raisons, représente un facteur de risque associé à plus de difficultés au cours du processus d'intégration. Ce manque de formation peut avoir pour conséquence de maintenir la personne dans des emplois mal rémunérés, et dans des conditions de travail difficiles. De plus, les résultats indiquent que de ne pas participer aux cours de francisation peut amener des difficultés d'intégration au niveau social, et un manque de

compréhension du fonctionnement des institutions gouvernementales, de certains aspects légaux, politiques et historico-culturels du Québec. Selon plusieurs auteurs, ces difficultés d'intégration sont associées à l'isolement social et à une faible qualité de vie, ainsi qu'à des problèmes de santé mentale et physique (Chu, Keller, & Rasmussen, 2013, Porter & Haslam, 2005, Schweitzer, Brough, Vroman, & Asic-Kobe, 2011). En cohérence avec ces résultats, les intervenants de la CdR mettent l'accent sur l'importance d'informer les personnes réfugiées des bénéfices à long terme de suivre une formation en francisation, et de s'assurer que l'État mette en place le soutien nécessaire pour que toutes les personnes réfugiées y aient accès.

Distinctions associées au statut migratoire. L'analyse des données a permis de voir qu'il existe entre les personnes réfugiées des iniquités d'accès aux services d'accompagnement lors de la phase d'installation. Le statut de réfugié comporte deux catégories : (1) Les personnes prises en charge par l'État, et (2) les personnes parrainées par le privé (soit par un groupe de personnes ou par un organisme). Dans le cadre de cette étude, tous les participants originaires d'Afghanistan ont été parrainés par un organisme privé, alors que tous les participants appartenant aux communautés d'Afrique subsaharienne ont été pris en charge par l'État. Or, la plupart des participants d'origine Afghane ont mentionné avoir reçu moins de services lors de leur arrivée à Sherbrooke et s'être sentis laissés à eux-mêmes, en comparaison avec les services offerts aux réfugiés pris en charge par l'État. La responsabilité d'assurer un soutien lors de l'installation des personnes réfugiées parrainées par le privé revient à leur répondant au cours de la première année suivant l'arrivée au Canada. Plusieurs participants afghans mettent en

lien le manque de soutien reçu au moment de l'installation avec des difficultés à intégrer le marché du travail, à accéder aux services de santé et psychosociaux, ainsi qu'à créer des liens et s'intégrer à la société d'accueil. Certains participants afghans, hommes et femmes, associent également ce manque de soutien à des difficultés psychologiques. Pour faire face à cette situation, la communauté afghane propose de créer un système de jumelage entre familles, où des familles déjà bien installées pourraient accompagner des familles nouvellement arrivées à Sherbrooke. Quoiqu'il en soit, étant donné leurs conséquences sur le bien-être des individus, ces iniquités d'accès à des services d'accompagnement dû au statut migratoire devraient être systématiquement prises en considération lors du BBE.

Absences aux rendez-vous suite à une référence. Plusieurs intervenants dédiés à l'accueil des personnes réfugiées rapportent un niveau d'absence élevé aux rendez-vous pour des services psychosociaux post BBE et ce, malgré les besoins parfois criants qui ont été identifiés lors de l'évaluation. Au moment d'explorer davantage les difficultés rencontrées par les participants et leur communauté au cours de leur installation à Sherbrooke et comment celles-ci ont pu affecter leur bien-être, nous les avons questionnés sur ce qui peut expliquer ces absences aux rendez-vous. Les explications des participants portent d'abord spontanément sur le fonctionnement du système de santé. Ils réfèrent notamment à la complexité du système, au manque de médecins de famille et aux délais d'attente trop longs. Comme c'est le cas pour la population générale, plusieurs mois (si ce n'est pas plus d'une année) peuvent s'écouler entre le moment où une référence est faite et le moment où la personne sera contactée

pour le service. À ce moment, il arrive que les personnes ne se souviennent plus de la référence, ou que l'impression d'avoir été laissé à elles-mêmes ait ébranlé la confiance envers le système. Il arrive également que le besoin identifié n'est plus d'actualité, qu'il ait été comblé autrement ou qu'il se soit dégradé et nécessite maintenant d'autres types de services. De plus, la manière d'accéder à des services de soutien psychologique est nébuleuse pour la majorité des participants : « Est- ce que je dois parler au médecin de mes tourments? ». Le risque de conséquences sociales et financières est également identifié comme un élément majeur. En effet, il peut être mal vu par la communauté de recevoir des services d'aide psychologique ou psychosociale. De plus, dans le cas des réfugiés parrainés par le privé, les rémunérations pour la participation à temps plein aux cours de francisation est réduite en cas d'absence, même s'il s'agit d'un rendez-vous pour un service psychosocial (par exemple, avec un psychologue ou un travailleur social). Mais au-delà de ces éléments structurels, les absences aux rendez-vous pourraient-elles aussi s'expliquer par la *manière* dont la référence est faite?

Dans le cadre de cette étude, l'efficacité du BBE et de la référence en découlant est remise en question par les participants. Ceux-ci disent souvent ne pas bien comprendre le service auquel ils sont référés, soit en raison de l'absence d'interprète ou parce qu'ils ne saisissent pas bien en quoi consiste ledit service. Ils mentionnent aussi que le lien de confiance avec les intervenants est très important pour adhérer à la référence. De leur côté, les intervenants reconnaissent qu'on néglige parfois de s'assurer que le service auquel l'utilisateur est référé correspond bien au besoin identifié *par* l'utilisateur et non à celui perçu par l'intervenant. De plus, il apparaît essentiel que les intervenants

soient conscients du fait que le service auquel ils réfèrent (par exemple, une psychothérapie individuelle) peut ne pas avoir de référents culturels pour les personnes réfugiées. Il importe donc de prendre le temps de clarifier le besoin identifié *par* l'utilisateur au moment de l'évaluation, ainsi que d'expliquer les raisons de la référence et d'échanger sur les fondements et les bienfaits du service auquel la personne est référée. Effectuer une référence de manière collaborative demande à l'intervenant de demeurer ouvert aux alternatives de soins et aux pratiques favorisant le bien-être qui sont proposées par l'utilisateur. De plus, étant donné l'importance du lien de confiance pour l'adhésion aux références, il importe d'assurer un certain transfert du lien de confiance établi avec le premier intervenant en effectuant la référence de manière plus personnalisée (Vasilevska, et al., 2010). Ceci peut être fait, par exemple, en nommant le nom du nouvel intervenant et en parlant de ses qualités professionnelles, ou encore, en établissant directement le pont avec ce dernier.

Bref, pour tout intervenant qui accompagne les personnes réfugiées dans leur installation au pays d'accueil, il peut s'avérer pertinent d'être sensible à l'importance d'intégrer les cours de francisation ainsi qu'aux obstacles culturels et structurels pouvant entrer en jeu. Pour faciliter le processus d'intégration et le mieux-être des personnes réfugiées récemment arrivées, nous recommandons également d'être à l'affût du manque de services d'accompagnement pouvant toucher particulièrement les personnes réfugiées parrainées par le privé, ainsi que de personnaliser la manière d'effectuer une référence pour favoriser l'assiduité aux rendez-vous.

Conceptualisation de la santé mentale et des problèmes de santé mentale :

Définition, causes et guérison

Les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale sont étroitement liées à la manière dont la santé mentale est conceptualisée individuellement et collectivement. Tel que mentionné dans l'article, les concepts de santé mentale et de problème psychologique n'ont pas de référents linguistiques précis en dari et en swahili, qui sont les langues principalement parlées par les participants de la présente étude. Prendre le temps de définir ces concepts au moment de s'entretenir avec eux au sujet de leurs perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale s'avérerait donc essentiel. Les quelques éléments présentés ici complètent ceux présentés dans l'article et se rapportent aux thèmes suivants : Ce qu'est la santé mentale; ce qui cause les problèmes de santé mentale; et ce qui favorise le bien-être et la guérison. Nous pensons qu'il est intéressant de présenter ces quelques éléments, notamment pour conscientiser les intervenants à propos de l'existence de ces différences avec nos conceptualisations occidentales et pour les encourager à y accorder leur attention, que ce soit dans le cadre de l'évaluation ou de l'intervention.

D'abord, nous avons demandé aux participants à quoi reconnaît-on qu'une personne *souffre au niveau du cœur, de l'âme et de l'esprit*. Parmi les manifestations internes et externes qui permettraient de reconnaître qu'une personne souffre, les participants ont souvent évoqué les pensées et comportements envahissants, les souvenirs douloureux, les inquiétudes, les conflits relationnels et certains symptômes

physiques (comme des douleurs à la tête et à la poitrine). Les pensées noires et la venue de mauvais esprits sont aussi mentionnées. De plus, il semble clair pour la majorité des participants, tous groupes confondus, que la santé mentale et la santé physique ne sont pas des entités séparées.

Puis, les participants ont été questionnés sur ce qui, d'après eux, cause la souffrance psychologique et des problèmes de santé mentale. Le plus souvent, les expériences douloureuses du passé, comme la guerre et les traumatismes, sont identifiés. En groupe, les participants expliquent que l'isolement social, les conflits interpersonnels, et le rejet social peuvent également causer des souffrances psychologiques. Les expériences de racisme et de discrimination sur la base de préjugés, étant rapportées comme relativement fréquentes par les participants, contribueraient aussi à des souffrances associées au rejet social et à l'inactivité professionnelle. La perte de sens envers la vie et d'espoir envers le futur sont mis en lien avec les expériences douloureuses. Cette perte de sens et d'espoir expliquent, selon quelques participants, comment ces expériences peuvent affecter la santé mentale. Ainsi, des expériences pré-migratoires, migratoires et post-migratoires se retrouvent parmi les causes de la souffrance psychologique.

Les différentes conceptualisations de la guérison ont également été abordées. En effet, au moment d'évaluer les besoins d'un usager et de le référer vers des soins ou d'élaborer un plan de traitement, il apparaît pertinent d'évaluer ses référents en ce qui a trait au bien-être et à la guérison (tel que suggéré dans le guide sur l'entretien de la

formulation culturelle du DSM-5, Lewis-Fernandez, Aggarwal, Hinton, Hinton, & Kirmayer, 2016). À ce sujet, il semble que les bienfaits du soutien social ainsi que le support médical soient reconnus de manière relativement courante dans les deux communautés de participants. Cependant, d'autres croyances envers la guérison sont présentes et s'opposent entre les groupes de participants, ainsi qu'à l'intérieur de chaque groupe. Certains participants croient qu'il est nécessaire de s'exprimer par rapport aux souffrances vécues pour aller mieux, alors que d'autres manifestent leur ambivalence à le faire. Puis, la combinaison entre la médication et la croyance en Dieu est mise de l'avant par plusieurs comme le meilleur moyen de favoriser le mieux-être. Pour certains participants, il semble que des rituels d'ordre religieux et spirituel spécifiques soient significatifs au moment du rétablissement. Lors des entretiens de groupe, la réticence à dévoiler ces rituels est palpable. Bien que la majorité des participants reconnaissent les bienfaits de la prière sur le bien-être, tous n'adhèrent pas à la pratique d'autres rituels traditionnels de guérison d'ordre spirituels et religieux. Certains participants expliquent que ces rituels peuvent susciter des conflits interpersonnels et contribueraient à entretenir les stigmas envers les problèmes de santé mentale. Une autre croyance envers la guérison a trait à la toute-puissance de la technologie occidentale pour déceler un problème de santé mental sans avoir à l'expliquer, comme si cette technologie permettait de lire en eux. Pour quelques participants, ceci explique pourquoi il n'est pas nécessaire de parler de ses problèmes de santé mentale pour recevoir des traitements, et souligne le pouvoir parfois attribué aux professionnels occidentaux.

Les différences individuelles et culturelles quant à la conceptualisation de la

santé mentale apparaissent plus marquées lorsqu'il est question de bien-être et de guérison. Considérant ces multiples variations, il apparaît d'autant plus important de prendre le temps d'explorer les conceptualisations du bien-être et de la guérison de chaque individu. De plus, au cours des entretiens de recherche, la crainte d'être jugé quant aux recours à des méthodes de guérison traditionnelles est observée. Ceci laisse croire que les personnes réfugiées puissent être réticentes à parler d'emblée de leurs croyances au cours d'une rencontre d'évaluation, et que la responsabilité d'aborder ce sujet et de juger si cela est approprié incombe au clinicien.

Bien que des similitudes se retrouvent de manière générale dans les éléments ci-haut mentionnés et les conceptualisations occidentales de la santé mentale, les aspects distinctifs sont suffisants pour nécessiter des clarifications au moment d'aborder ce sujet dans un contexte clinique. N'oublions pas que cet exercice de clarification peut également servir de prétexte pour établir un lien de confiance entre intervenant et usager. L'étude des perceptions et des attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées nous renseigne sur les aspects pouvant influencer la santé mentale et le bien-être, selon leurs perspectives. Les résultats suggèrent que, pour améliorer l'adéquation des évaluations psychosociales et psychologiques effectuées auprès de personnes réfugiées, les indicateurs de santé mentale doivent inclure les particularités culturelles associées au système de valeurs et aux obstacles à l'intégration propre à chaque communauté. Les résultats indiquent aussi qu'une évaluation adéquate considère la perception de l'utilisateur de ses besoins et des services auxquels il est référé, ainsi que sa propre définition de ses difficultés, de ce qui les cause et de ce qui peut favoriser son

bien-être.

Limites et forces du projet de recherche

La section qui suit vise à apporter des informations complémentaires aux forces et limites de l'étude rapportées dans l'article. L'objectif est de mettre à contribution les apprentissages faits au cours du projet de recherche au profit de la recherche effectuée auprès de personnes réfugiées.

D'abord, la recherche a été conduite dans une perspective réaliste critique et dans l'esprit de donner une voix aux personnes réfugiées en transmettant, le plus fidèlement possible, leur point de vue. Pour ce faire, l'équipe de recherche a tenté de prendre conscience et de se dégager le plus possible de ses aprioris lors de l'analyse et de l'interprétation des données. Cependant, l'exercice est ardu, d'autant plus que l'équipe de recherche est constituée exclusivement de femmes blanches issues majoritairement de la culture d'accueil et donc peu exposées personnellement à l'expérience subjective des personnes réfugiées. Ceci représente une lacune dans l'optique où, tel que souligné par plusieurs auteurs, il est primordial de solliciter l'implication des personnes réfugiées dans l'élaboration des recherches qui les concerne afin de s'assurer de bien représenter leur réalité et d'aborder des questions de recherche en cohérence avec leurs besoins (Bélanger- Dumontier, Vachon, & Caldairou-Bessette, 2017; Rousseau & Kirmayer, 2010).

Pour pallier cette lacune, l'équipe de recherche a fait appel à des intervenants et

des interprètes, ayant eux-mêmes eu un statut de réfugié, qui se sont impliqués dans l'élaboration du devis de recherche. Cette démarche a comporté plusieurs avantages. Elle a entre autres grandement facilité le recrutement des participants grâce aux liens que ces intervenants et interprètes entretiennent avec les communautés culturelles. Certains de ces intervenants et interprètes étaient aussi présents à titre de facilitateurs lors des entretiens de groupe et individuels. Leur présence semble avoir favorisé la confiance et l'aisance des participants, et créé une ambiance propice au dévoilement. En contrepartie, il est possible que la présence de ces mêmes intervenants ait pu influencer les réponses des participants de manière à donner une opinion favorable des services et une image positive d'eux-mêmes. De plus, la majorité des participants de chaque entretien de groupe se connaissaient à différents degrés, ce qui a pu occasionner des biais similaires. Ceci représente des limitations au niveau de la confidentialité ainsi que dans la propension à s'ouvrir en groupe sur des sujets considérés tabous. Ces limitations doivent être considérées lors d'entretiens de recherche impliquant plusieurs membres d'une même communauté. Nous jugeons toutefois que les avantages de cette démarche ont été plus importants que les inconvénients.

Pour compléter l'analyse des données, l'équipe de recherche a également pris soin de faire une seconde vague d'entretiens rétroactifs avec des participants afin de présenter, valider et nuancer les résultats, et ainsi s'assurer que leurs voix soient entendues et respectées (tel que décrit dans la section « Forces et limites de l'étude » de l'article). Fait intéressant, il semble que cette seconde vague d'entretiens ait pu avoir des retombées positives chez certains participants. Parmi les observations de l'équipe de

recherche, on note chez les participants un sentiment de reprise de pouvoir, de fierté, et une impression d'être utiles pour améliorer les services offerts aux personnes réfugiées qui arriveront à Sherbrooke dans le futur.

Bien que nous croyions que les résultats de cette recherche puissent être, avec précautions, transférables au-delà des communautés afghane et d'Afrique subsaharienne de Sherbrooke, des études auprès d'autres communautés sont nécessaires. Par ailleurs, par souci de protéger l'anonymat et dû à certaines limites dans la collecte de données démographiques, peu de distinctions ont été faites en ce qui a trait aux diverses communautés d'Afrique subsaharienne représentées par les participants. Ce manque de précisions peu donner l'impression qu'il s'agit d'une seule communauté de personnes réfugiées à Sherbrooke, alors que les communautés d'Afrique subsaharienne sont multiples et regroupent des membres originaires de pays distincts parlant différentes langues et dialectes.

La réflexion autour des forces et les limites du présent projet de recherche permet de mettre en lumière les enjeux éthiques à considérer et les précautions nécessaires pour conduire des recherches auprès de personnes réfugiées. Malgré les bienfaits de la recherche auprès des personnes réfugiées largement documentés au cours de cet ouvrage, la recherche impliquant cette population comporte également des risques. Ces risques sont notamment associés avec la vulnérabilité inhérente au statut de réfugié (Zion et al., 2000), à l'instrumentalisation de leur participation à la recherche à des fins politiques et scientifiques (Macklin, 2003), et à la difficulté de bien

transmettre leurs paroles (Bélanger- Dumontier, Vachon, & Caldairou-Bessette, 2017). En ce sens, il apparaît nécessaire d'impliquer des personnes réfugiées au moment d'évaluer les risques et les bénéfices d'un projet de recherche et d'élaborer des mesures de précaution suffisantes et appropriées.

Retombées et pistes de recherche futures

De manière concrète, les résultats de cette recherche fournissent des pistes pour enrichir le programme *Passerelle* qui présente actuellement certaines limites. Les recommandations consistent principalement à espacer les rencontres dans le temps, considérer l'importance du lien de confiance avec l'intervenant, favoriser le consentement éclairé, adapter le format de l'évaluation dans une visée psychoéducative et réduire l'exhaustivité de l'évaluation. Ces pistes pourraient permettre d'améliorer l'adéquation du BBE, et ainsi combler plus efficacement les iniquités d'accès aux services psychosociaux. En ce sens, cette recherche peut contribuer à réduire la vulnérabilité des personnes réfugiées et faciliter le processus d'intégration. De manière plus générale, nos recommandations basées sur la perspective des personnes réfugiées et supportées par des experts dans le domaine peuvent servir à améliorer les pratiques en termes d'accueil de personnes réfugiées dans d'autres régions du Québec et du monde.

Présentement, des possibilités de collaboration sont en discussion pour poursuivre la recherche dans d'autres CdR à travers le Québec. En lien avec une des recommandations issues de cette recherche, il est possible qu'un projet de recherche-

action ait lieu à la CdR de Sherbrooke pour développer et implanter le format psychoéducatif du BBE. Les recommandations visant les délais de temps et l'ampleur de l'évaluation seront soumises au ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec afin d'évaluer les possibilités concrètes de mise en application.

De manière plus générale, les résultats de la recherche exposent des manques significatifs en ce qui concerne l'enjeu d'obtenir le consentement éclairé de personnes réfugiées pour des services de santé et psychosociaux qui leur sont offerts. Les protocoles entourant l'utilisation de services d'interprétariat lors de prestation de service en santé mentale gagneraient également à être améliorés. Davantage de recherche et de formation sont nécessaires pour mieux comprendre les risques associés à des pratiques inadéquates et pour développer de meilleures pratiques dans les domaines du consentement et de l'interprétariat, particulièrement auprès des personnes réfugiées.

Mot de conclusion : Apport du projet dans le développement des compétences de psychologue clinicienne

En terminant, j'aimerais dire quelques mots sur mon expérience de la conduite de cette recherche et sur l'impact de celle-ci sur ma pratique professionnelle. Avant mon parcours universitaire, mes expériences de travail en tant qu'intervenante psychosociale m'ont éclairée sur le besoin de développer de meilleures pratiques en intervention interculturelle, et m'ont sensibilisée aux iniquités touchant spécifiquement les personnes

réfugiées. Au fil de mes expériences de stages et d'internat, ce constat de certains manques au niveau des pratiques à privilégier pour intervenir auprès de personnes réfugiées a été renforcé.

Ce projet de recherche m'a amenée à explorer les perceptions et les attitudes de communautés spécifiques, ce qui a permis d'approfondir mes réflexions et de nuancer ma compréhension de leurs expériences post-migratoires. Je partage l'avis de Natvik et Moltu (2016), qui proposent que d'accroître la compréhension de l'expérience vécue par une population donnée permet d'accroître la sollicitude et la capacité de résonance empathique des cliniciens à leur égard. Ces nouvelles connaissances me seront certes utiles pour travailler en tant que clinicienne auprès de personnes réfugiées de manière générale, et plus spécifiquement auprès de personnes originaires d'Afghanistan et d'Afrique subsaharienne. Je considère que cette expérience de recherche a définitivement répondu à mon intention initiale d'améliorer ma pratique clinique.

Un des aspects fondamentaux de cette expérience de recherche, qui a nourri ma motivation et mes réflexions en cours de processus, concerne mon choix de développer un projet de recherche au service de l'éthique professionnelle. Les iniquités d'accès aux soins représentent des injustices face aux droits fondamentaux, et cette expérience de recherche m'a appris à me positionner en tant que psychologue face à ces injustices. J'ai compris que les mesures gouvernementales en santé publique ne tiennent pas toujours compte des données probantes. Ainsi, se montrer critique envers ces mesures, et utiliser la recherche dans une optique constructive, m'a permis de politiser ma posture professionnelle.

En cohérence avec cette posture critique, il était primordial pour moi de mettre en lumière la perspective de personnes réfugiées en les impliquant dans ce projet de recherche. Ce choix a contribué à confronter et mettre à l'épreuve la légitimité de mon intérêt clinique pour le travail auprès des personnes réfugiées. Au fil de cette expérience de recherche, s'étant déroulée en parallèle avec mes expériences de formation clinique, j'ai été amenée à réfléchir sur les notions de pouvoir et d'altérité. En tant que jeune femme blanche nord-américaine, privilégiée par mon origine, mon statut et mes conditions de vie, que puis-je apporter à une personne réfugiée? Pouvons-nous réellement nous comprendre, être en lien, malgré et au-delà de nos réalités propres? Suis-je nuisible en tentant d'incarner ce rôle?

La posture de chercheuse m'a permis d'entrer en relation de manière différente avec cette population. En effet, les participants ne tiraient aucun bénéfice concret de leur participation à la recherche. En tant que chercheuse, j'avais besoin d'eux plus qu'ils n'avaient besoin de moi. Ceci contraste avec la posture de psychothérapeute, où généralement il s'agit du contraire, c'est-à-dire qu'en principe le patient participe dans le but d'en tirer un bénéfice pour sa propre santé mentale. La posture de chercheuse m'a donc amenée à dépendre des participants. De manière symbolique, cette posture a permis de me réconcilier avec le déséquilibre du pouvoir inhérent à la relation entre une thérapeute provenant de la culture dominante et un patient ayant le statut de réfugié. Solliciter et recueillir la parole des participants parce que *moi* j'en avais besoin a été un rappel d'humilité, ainsi qu'une reconnaissance de l'expertise que détiennent les personnes réfugiées à propos de leur propre expérience.

Pour conclure, le travail auprès de personnes réfugiées me ramène constamment à la résilience, à la justice, à l'humanité, et à l'amour universel. Les apprentissages que je fais en étant en contact avec ces personnes sont profonds, fondamentaux, bouleversants. Elles ne le savent peut-être pas, mais elles m'apportent beaucoup plus que tout ce que je ne pourrai leur apporter. Je suis honorée d'avoir eu la chance de dédier mon projet de recherche à des personnes réfugiées.

Références

- Archer, M., Bhaskar, R., Collier, A., Lawson, T., & Norrie, A. (1998) *Critical realism: Essential readings*. London: Routledge.
- Arsenault, S., Guilbert, L., Prévost, C. (2016) Être soi avec l'autre. *Cahiers de L'ÉDIQ*, 3(2), p.50.
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377–402.
- Bélanger-Dumontier, G. (2017) Être réfugié au Québec : Une phénoménologie de l'exil. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 5-31.
- Bélanger-Dumontier, G., Vachon, M., & Caldairou-Bessette, P. (2017). Entre donner, recevoir et rendre : Les dynamiques relationnelles et éthiques en recherche auprès des réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 125-149.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009) Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 5(1), 80-89.
- Bossé, J. (2017). *Santé mentale de réfugiées bhoutanais, leurs stratégies de régulation émotionnelle et leurs besoins psychosociaux spécifiques : une étude exploratoire* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Baker, C. (1997). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 21(1), 19-31.
- Chu, T., Keller, A. S., & Rasmussen, A. (2013). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(5), 890–897.

- Direction de la recherche et de l'analyse prospective du Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. (2010). *Portrait statistique de la population d'origine afghane recensée au Québec en 2006*. Ministère de l'immigration et des communautés culturelles du Québec. Repéré à <http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/publications/fr/diversite-ethnoculturelle/com-afghane-2006.pdf>
- Djellouli, N., Lorelei, J., Barratt, H., Ramsay, A. I., Towndrow, S., & Oliver, S. (2019). Involving the public in decision-making about large-scale changes to health services: A scoping review. *Health policy*, 123(7), 625-645.
- Easton, G. (2010). Critical realism in case study research. *Industrial Marketing Management*, 30, 118-128.
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2017). Planning focus group interviews with asylum seekers: Factors related to the researcher, interpreter and asylum seekers. *Nursing Inquiry*, 24(4).
- Ellis, B., Miller, A., Baldwin, H., & Abdi, S. (2011). New Directions in Refugee Youth Mental Health Services: Overcoming Barriers to Engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 69-85.
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 925-934.
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2008). Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States. *Ethnicity & Health*, 13, 435-463.
- Gardiner, J., & Walker, K. (2010). Compassionate listening. Managing psychological trauma in refugees. *Australian Family Physician*, 39(4), 198-203.
- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., & van der Ploeg, H. M. (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 16, 394-399.
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992) *Common mental health disorders: A bio-social model*. London: Routledge.

- Halcomb, E., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. (2007) Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of clinical nursing*, 16(6), 1000-1011.
- Hannigan, A., O'Donnell, P., O'Keeffe, M., & MacFarlane, A. (2016). *How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrant to health care services?* Réseau des bases factuelles en santé de l'OMS, Europe.
- Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (1951) *Texte de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés*, Genève, Suisse.
- Hjörleifsson, S., Hammer, E., & Díaz, E. (2018) General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway: practice-based shared reflections among participants in focus groups. *Family Practice*, 35(2), 216-221.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2019) *Les indicateurs de l'occupation et de la vitalité des territoires : Nombre de personnes immigrantes admises*. Banque de données des statistiques officielles sur le Québec.
Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/demographie_02.pdf
- Kirmayer, L. J., Lavanya, N., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-967.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., & De Jong, J. T. V. M. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 837-844.
- Laitila, M., Nummelin, J., Korteisto, T., Pitkanen, A. (2018) Service user's views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 695-701.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (2016). DSM-5® handbook on the cultural formulation interview. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Macklin, R. (2003). Bioethics, vulnerability, and protection. *Bioethics*, 17(5-6), 472-486.

- Maillet, L., Vaillancourt, B., Laliberté, G., Desjardins, F., Benoit, M., Vassiliadis, H. M., Manceau, L., M., & Loignon, C. (Publication imminente) Measuring the social inequalities in mental health for refugees in Québec: A scoping review. *Journal of Migrant and Minority Health*.
- McCrone, P., Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S. A., Thornicroft, G., & Curtis, S. (2005). Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 351-357.
- McKenzie, K., Agic, B., Tuck, A., & Antwi, M. (2016). *Pour la Commission de la santé mentale du Canada. Arguments en faveur de la diversité*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada.
- Mertens, D. M., Holmes, H., M., Harris, R., L. (2009). Transformative research and ethics. Dans D. M. Mertens & P. E. Ginsberg (Éds), *The handbook of social research ethics* (pp. 85-191). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2013) *Offre de services sociaux généraux, fiche 1*. QC, Canada.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2015). *Plan ministériel pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés en situation d'arrivées massives*, 33(7).
- Ministère de l'immigration, de la diversité et de l'inclusion. (2014). *Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec*. Bibliothèque et archives nationales du Québec.
- Morin, P., Benoît, M., Dallaire, N., Doré, C., LeBlanc, J., Bossé, J., & Belhadjziane, K. (2012). *L'Intervention de quartier au CSSS-IUGS: une recherche évaluative*. Sherbrooke : Direction de la recherche du centre affilié universitaire, CSSS-IUGS.
- Nadeem, E., Lange, J. M., Edge, D., Fongwa, M., Belin, T., Miranda, J. (2007) Does stigma keep poor young immigrant and U.S.-born black and Latina women from seeking mental health care? *Psychiatric Services*, 58, 1547–54.
- Natvik E., Moltu C. (2016). Just experiences? Ethical contributions of phenomenologically-oriented research. *Scandinavian Psychologist*, 3 (17), 1-15.

- Neighbors, H. W., Woodward, A. T., Bullard, K. M., Ford, B. C., Taylor, R. J., & Jackson, J. S. (2008). Mental health service use among older African Americans: The national survey of American life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 948-956.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*, 81-91.
- Ngo, D., Tran, T. V., Gibbons, J. L., & Oliver, J. M. (2001). Acculturation, premigration traumatic experiences, and depression among Vietnamese Americans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 3*, 225-242.
- Ontario center of excellence for child and youth mental health (2016). Evidence insight: best practices for working with trauma-affected newcomers.
- Ordre des psychologues du Québec (2002). L'intervention en situation interculturelle. *Fiche déontologique, 3*(1).
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Polcher, K., & Calloway, S. (2016) Addressing the Need for Mental Health Screening of Newly Resettled Refugees: A Pilot Project. *Journal of primary care and community mental health, 7*(3), 199-203.
- Ponterotto, J., G. (2013). Qualitative research in multicultural psychology: Philosophical underpinnings, popular approaches, and ethical considerations. *Qualitative Psychology 1*(5), 19-32.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association, 294*(5), 602-612.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., & Rashid, M. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), 824-925.
- Qureshi, A, & Collazos, F. (2011). The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *International review of psychiatry, 23*(1), 10-19.

- Rapport annuel au Parlement sur l'immigration. (2017). *Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada*, 47.
- Rodgers, R. F., Cailhol, L., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010) L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.
- Rousseau, C., & Drapeau, A. (2004). Premigration exposure to political violence among independent immigrants and its association with emotional distress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 852-856.
- Rousseau, C., Hassan, G., Moreau, N., Jamil, U., & Lashley, M. (2010). Du global au local : Repenser les relations entre l'environnement social et la santé mentale des immigrants et des réfugiés. *Thèmes Canadiens/Canadian Issues*, 88–92.
- Rousseau, C. & Kirmayer, L. J. (2010). From complicity to advocacy: The necessity of refugee research. *The American Journal of Bioethics*, 10(2), 65-67.
- Rousseau, C., Pottie, K., Thombs, B., Munoz, M., & Jurcki, T. (2011). Post Traumatic Stress Disorder: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-835.
- Santé Canada (2000). *Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making*. Ottawa, Canada.
- Saint-Arnauld, J. (2003). Le système de santé québécois et l'accès aux soins. *Éthique publique*, 5(1).
- Sayer, A. (2000). *Realism and social science*. London : Sage
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179- 187.
- Shannon, P. J. (2014). Refugee's advice to physicians: how to ask about mental health. *Family Practice* 31 (4), 462, 466.
- Silove, D. (2004) Refugee mental health. *Australian Nursing Journal*, 12(3), 39.

- Simich, L., Beiser, M., & Mawani, F. N. (2003). Social Support and the Significance of Shared Experience in Refugee Migration and Resettlement. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 872-891.
- Sterlin, C., & Dutheuil, F. (2000). La pratique en contexte interculturel. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 6, 141-153.
- Storm, M., Davidson, L. (2010). Inpatient and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *The Psychiatric Quarterly*, 81 (2), 111-125.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Tseng, W.-S. (2003). Clinician's guide to cultural psychiatry. San Diego, CA: Academic Press.
- Vasilevska, B., Madan, A., & Simich, L. (2010). *La santé mentale des réfugiés : Pratiques prometteuses et ressources pour l'établissement de partenariats*. Toronto, Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Watters, C. (1999). *Report of a consultation on the social care and mental health needs of refugees and asylum seekers*. London: Refugee council.
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1709-1718.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. (2001). Validity in qualitative research. *Sage publications*, 11(4), 522-537.
- World Health Organization (2016). *Health system transformation*. Copenhagen, Denmark : World Health Organization.
- Woodland, L., Burgner, D., Paxton, G., & Zwi, K. (2010). Health service delivery for newly arrive refugee children: A framework for good practice. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(10), 560-567.
- Zion, D., Gillam, L., & Loff, B. (2000) The declaration of Helsinki, CIOMS and the ethics of research on vulnerable populations. *Nature Medicine*, 6(6), 615-617.

Appendice A

Canevas d'entrevue pour l'entrevue individuelle auprès des personnes réfugiées

En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec
Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)

Canevas d'entrevue - **Entrevues individuelles auprès des réfugiés**

Thème	Questions	Sous-questions
<i>Thème 1 :</i>	Comment s'est déroulée votre arrivée à Sherbrooke?	<ul style="list-style-type: none"> - Quand êtes-vous arrivé? - Avec qui êtes-vous arrivé?
<i>Parcours migratoire</i>	Quelle était votre situation avant d'immigrer au Canada?	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous transité par un ou plusieurs pays avant d'arriver au Canada? - Si oui, comment s'est déroulé ce transit?
	Suite à votre arrivée au Canada, quels sont les événements qui ont marqués votre intégration à Sherbrooke?	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il eu des éléments facilitants votre intégration? - Y a-t-il eu des éléments rendant difficiles votre intégration? - Quand ces événements se sont-ils produits?
	Quelles étaient vos inquiétudes et vos appréhensions les plus importantes à votre arrivée à Sherbrooke?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'a-t-il été fait pour diminuer vos inquiétudes et vos appréhensions? - Cela a-t-il fonctionné?
	Pour les personnes réfugiées, une rencontre est offerte par un intervenant dans le 1 ^e mois suivant l'arrivée. Cette rencontre sert entre autre à faire un bilan de bien-être, où l'intervenant pose des questions personnelles et fait référence à de la souffrance dans le but d'offrir l'aide dont vous pourriez avoir besoin. Vous souvenez-vous avoir participé à une telle rencontre?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles étaient vos impressions suite à cette rencontre? - Saviez-vous que cette rencontre vous était offerte et que vous auriez pu refuser d'y participer? - Selon vous, quel est le meilleur moment pour effectuer cette rencontre? (Par exemple : 1 mois, 6 mois, 1 ans après l'arrivée?) - Selon vous, quel est le meilleur contexte pour effectuer cette rencontre? (Par exemple : En individuel ou en famille? À domicile ou à la Cdr?) - Étiez-vous confortable de discuter de vos difficultés, de vos inquiétudes et de vos appréhensions avec l'intervenant?

Thème	Questions	Sous-questions
	<p>Vous souvenez-vous des questions posées lors de cette rencontre?</p> <p>[Fournir des exemples de questions du BBE au besoin]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous sentiez-vous face aux questions posées? - Étiez-vous confortable de répondre aux questions?
<i>Thème 2 : Particularités individuelles et culturelles</i>	<p>Selon vous, comment décrit-on une difficulté de santé psychologique, du cœur, de l'âme ou de l'esprit?</p> <p>Au cours de votre vie, est-ce que vous (ou un de vos proches) a eu des difficultés [telles que celles nommées précédemment]?</p> <p>Comment expliquez-vous ces difficultés?</p> <p>Dans votre pays d'origine, comment explique-t-on ces difficultés?</p> <p>Comment prenez-vous soin de ces difficultés?</p> <p>Comment prend-t-on soin de ces difficultés dans votre pays d'origine?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De quelle nature était ces difficultés? - Quels étaient les symptômes? - Qu'est-ce qui vous permettait d'identifier qu'il s'agissait d'une difficulté? - Qu'est-ce qui explique l'apparition de ces difficultés? - Qu'est-ce qui explique le maintien de ces difficultés? - Que représentent ces difficultés dans votre pays d'origine? - Comment ces difficultés sont-elles perçues dans votre communauté? - Qu'est-ce qui vous aide à vous sentir mieux? - Comment guérit-on de problèmes de santé psychologique? - Qui va-t-on voir? - Utilise-t-on des méthodes de guérison traditionnelle dans votre pays d'origine? - Si oui, lesquelles? - En étant au Canada, pourriez-vous faire appel à ces services ou ces personnes?

Thème	Questions	Sous-questions
	Selon vous, quels sont les liens avec la religion, la spiritualité et les difficultés de santé psychologique?	
	Selon vous, y a-t-il des choses dont-il vaut mieux ne pas parler au sujet de la santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quel but vaut-il mieux ne pas en parler? - Quelles seraient les conséquences d'en parler?
<i>Thème 3 : Utilisation des services</i>	Il existe plusieurs professionnels qui offrent des services en santé mentale, tels que le psychiatre, le psychologue, le travailleur social et l'intervenant psychosocial. Savez-vous ce qui les distingue?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que ces professionnels devraient faire ou savoir pour être en mesure de vous aider? - Qu'est-ce qui vous permettrait de vous ouvrir plus facilement à l'un de ces professionnels au sujet d'une détresse significative que vous pourriez vivre? - Qu'est qui vous rendrait inconfortable lors d'une rencontre avec un de ces professionnels?
	Il y a différentes croyances par rapport à la santé mentale. Nous aimerions avoir votre opinion quant à ces croyances. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.	
	Certaines personnes pensent que [...] Qu'en pensez-vous?	<ul style="list-style-type: none"> - Un problème de santé mentale se règle généralement de lui-même. - Il est préférable que je règle un problème de santé psychologique par moi-même. - Demande de l'aide peut avoir des conséquences négatives - Il est préférable d'attendre que le moment idéal se présente pour demander de l'aide. - Je ne sais pas où aller pour trouver de l'aide avec des difficultés de santé psychologique.

Appendice B

Canevas d'entrevue pour le groupe de discussion auprès des personnes réfugiées

En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec
Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)

Canevas - **Groupe de discussion auprès des réfugiés**

Thèmes	Questions	Sous-questions
<i>Thème 1 : Introduction et définitions</i>	En général, comment s'est passé l'arrivée à Sherbrooke pour votre communauté?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui facilite l'intégration à Sherbrooke? - Qu'est-ce qui rend difficile l'intégration à Sherbrooke?
	Pour bien des gens, il y a différentes façons de parler de la santé psychologique ou du bien-être d'une personne. Par exemple, la santé du cœur, de l'âme ou de l'esprit. Pour vous, comment décrit-on une personne en bonne santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui peut être fait pour prendre soin de la santé psychologique?
	Qu'est ce qui peut nuire à la santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il autre chose?
	Pour vous, comment décrit-on une personne en mauvaise santé psychologique?	
<i>Thème 2 : Particularités culturelles</i>	Dans votre communauté, que font les gens pour prendre soin de leur santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour prendre soin de votre santé psychologique, qu'est-ce qu'il n'y a pas au Canada qu'il y avait dans votre pays d'origine? - Dans votre pays d'origine, à qui s'adresse-t-on lorsqu'un membre de la communauté a un mal-être, des difficultés de du cœur ou de l'esprit? - Actuellement, à qui vous adressez-vous lorsqu'un membre de la communauté a un mal-être, des difficultés du cœur ou de l'esprit? - Que font les hommes/femmes pour prendre soin de leur santé psychologique?

Thèmes	Questions	Sous-questions
	Y-a-t-il des difficultés vécues par votre communauté qui peuvent affecter le bien-être psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Que représentent ces difficultés? - Quelles sont les difficultés vécues par les hommes/femmes/enfants?
	Dans votre pays d'origine, comment perçoit-on [difficultés nommées]?	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il autre chose?
	Selon vous, qu'est-ce qui explique qu'une personne soit en mauvaise santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs personnes de votre communauté ont vécus des événements difficiles dans le pays d'origine et durant la migration. Comment ces événements sont en lien avec la souffrance actuelle?
	Dans votre communauté, comment réagit-on lorsqu'on constate qu'une personne est en mauvaise santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Comment les hommes/femmes/enfants réagissent-ils/elles face à des difficultés de santé psychologique?
	Selon vous, est-ce possible de guérir d'un problème de santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, comment? - Si non, pourquoi?
	Quels sont les liens entre la religion et la spiritualité, et les difficultés de santé psychologique, du cœur, de l'âme et de l'esprit qu'une personne peut rencontrer?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la place de la religion et de la spiritualité, et les difficultés rencontrées dans votre communauté?
<i>Thème 3 : Pragmatisme</i>	Pour les personnes réfugiées, une rencontre est offerte par un intervenant dans le 1 ^e mois suivant l'arrivée. Cette rencontre sert entre autre à faire un bilan de bien-être, où l'intervenant pose des questions personnelles et fait référence à de la souffrance dans le but d'offrir l'aide dont vous pourriez avoir besoin. Vous souvenez-vous avoir participé à une telle rencontre?	<ul style="list-style-type: none"> - Saviez-vous que cette rencontre vous était offerte et que vous auriez pu refuser d'y participer? - Quelles étaient vos impressions suite à cette rencontre?

Thèmes	Questions	Sous-questions
	Comment cette rencontre s'est-elle déroulée?	<ul style="list-style-type: none"> - La rencontre s'est-elle déroulée à votre domicile ou à la CdR? - La rencontre s'est déroulée de manière individuelle ou en famille? - Est-ce plus facile de se sentir en confiance pour répondre à des questions personnelles ou intimes : - Domicile vs CdR? Individuel vs famille? - Quelle est l'influence de la présence d'un ou d'une interprète?
	<p>Vous souvenez-vous des questions posées lors de cette rencontre?</p> <p>[Fournir des exemples de questions du BBE au besoin]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous sentiez-vous face aux questions posées? - Étiez-vous confortable de répondre aux questions?
	Qu'est-ce qui pourrait permettre à une personne de votre communauté de s'ouvrir plus facilement au sujet d'une détresse significative qu'il ou elle vit?	
	Selon vous, quel est le meilleur moment pour rencontrer une personne réfugiée dans le but d'évaluer ses besoins en santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les 10 jours, 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 ans? - Pourquoi?
	Quelle serait votre réaction si un professionnel de la santé (comme un médecin) vous demande si les événements douloureux du passé vous affectent encore aujourd'hui?	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il d'autres réactions? - Pourquoi réagiriez-vous ainsi?

Thèmes	Questions	Sous-questions
	Quelles sont les ressources que vous connaissez qui peuvent aider avec la santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que les membres de votre communauté utilisent ces ressources? - Comment votre communauté perçoit-elle ces ressources? - Y a-t-il des différences pour les hommes/femmes/enfants? - Qu'est ce qui pourrait faire en sorte que les membres de votre communauté n'utilisent pas ces ressources?
	Selon vous, quels sont les besoins de votre communauté pour améliorer la santé psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Auriez-vous des recommandations pour améliorer les services qui vous sont offerts?

Appendice C

Canevas d'entrevue pour l'entrevue individuelle auprès des professionnels

En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec
Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)

Canevas d'entrevue - **Entrevues individuelles auprès des professionnels**

Thème	Questions	Sous-Questions
<i>Thème 1 : Vue d'ensemble</i>	Comment décrieriez-vous votre expérience générale en intervention auprès des personnes réfugiées?	
	Quels sont les principaux besoins psychosociaux que vous identifiez chez les personnes réfugiées?	
<i>Thème 2 : Particularités culturelles</i>	À votre connaissance, y a-t-il certaines problématiques de santé mentale pour lesquelles les personnes réfugiées sollicitent plus fréquemment des services?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les particularités par communauté? - D'après vous, comment ces problématiques sont-elles perçues par les communautés?
	Quelles sont les croyances en regard de la santé mentale qui diffèrent des vôtres?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les particularités par communauté?
	Quelles sont les différences dans la manière d'exprimer la souffrance psychologique?	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il des thèmes plus difficiles à aborder? - Qu'est-ce qui rend ces thèmes plus difficiles à aborder?
	Quelles sont vos observations quant aux stratégies utilisées par les personnes réfugiées pour faire face à leurs difficultés?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les particularités par communauté?
<i>Thème 3 : Évaluation</i>	Que faites-vous pour évaluer efficacement l'état de santé mentale d'une personne réfugiée?	<ul style="list-style-type: none"> - Chez l'intervenant, qu'est-ce qui peut favoriser/nuire à l'évaluation? - Chez le client, qu'est-ce qui peut favoriser/nuire à l'évaluation?

Selon les exigences ministérielles, un triage et une rencontre auprès des personnes réfugiées doit être offerte dans les 30 jours suivants l'arrivée au pays. Que pensez-vous de cette mesure?

- Quels sont les avantages et les inconvénients de cette mesure?
- Quelles sont vos recommandations pour améliorer les mesures d'évaluation des besoins des réfugiés?
- Si applicable :
Dans quel contexte effectuez-vous la 1^e évaluation (individuelle ou familiale, à domicile ou en établissement)?
- Selon, vous, de quelle manière ce contexte peut influencer le processus d'évaluation?
- Que pensez-vous d'offrir cette rencontre dans les 30 jours suivants l'arrivée?
- Comment vous assurez-vous du consentement libre et éclairé du client à participer au BBE?

Auriez-vous des recommandations pour améliorer le BBE?

Lors d'une évaluation, que pensez-vous d'aborder la santé mentale directement en lien avec les difficultés du passé, par exemple : Y a-t-il des événements douloureux du passé vous affectent encore aujourd'hui?

*Thème 4 :
Intervention*

Quelles sont les stratégies utilisées pour adapter les interventions faites auprès des réfugiés?

Selon vous, dans quelle mesure les services psychosociaux offerts répondent aux besoins en santé mentale des réfugiés?

D'après vous, quelles sont les perceptions des personnes réfugiées par rapport aux services offerts en santé mentale et au BBE?

- Quelle est l'efficacité des services offerts?
- Qu'est-ce qui empêche de répondre aux besoins (chez l'intervenant et chez le client)?

Certains professionnels en intervention interculturelle
promeuvent une orientation vers la résolution de
problèmes plutôt que l'exploration de la maladie mentale.
Qu'en pensez-vous?

Projet MP-31-2018-2548 (V2_2018-04-2)

Appendice D

Invitation à participer pour les personnes réfugiées, entrevues individuelles

En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec - Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)

Invitation à participer, Utilisateurs, Entrevue individuelle

Madame/Monsieur,

Une équipe de chercheur mène un projet de recherche intitulé :

EN TEMPS ET LIEUX : PRENDRE LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES RÉFUGIÉES AU QUÉBEC

Le projet vise à explorer et comprendre les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées. Le but de cette étude exploratoire est, entre autre, d'enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployé via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), notamment le volet d'évaluation psychosociale de ce bilan.

Vous êtes invité(e) à participer à cette recherche parce que nous croyons que vous représentez la population de personnes réfugiées récemment arrivée à Sherbrooke.

Ce projet de recherche est financé par le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec*. Il est approuvé par le comité d'éthique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (*Projet MP-31-2018-2548*).

Participation attendue

Les personnes intéressées par cette recherche sont invitées à participer à une entrevue individuelle d'environ 90 minutes. La date et le lieu seront à confirmer selon vos disponibilités.

Avant de participer à l'entrevue, vous devrez lire et signer un formulaire de consentement qui abordera de façon détaillée votre participation à cette recherche. Un temps de réflexion est prévu pour vous permettre de poser des questions et de confirmer ou non votre participation à la recherche. Avec votre autorisation, l'entrevue sera enregistrée. Elle aura lieu à l'Intervention de quartier *Des Jardins Fleuris* afin d'être réalisée en toute quiétude ainsi que de préserver la confidentialité et de protéger votre vie privée. De plus, une ou un interprète sera présent(e) si vous en ressentez le besoin.

Projet MP-31-2018-2548 (V1_2018-02-28)

Confirmation de la participation

Êtes-vous intéressé(e) à participer à ce projet de recherche?

- A) Si oui: « Nous vous remercions de votre intérêt. J'aimerais maintenant vérifier votre admissibilité à participer à cette recherche. Je vous invite donc à répondre oui ou non aux questions suivantes:
- I. Vivez-vous à Sherbrooke depuis plus de 18 mois et moins de 3 ans?
 - II. Parlez-vous le français, le swahili ou l'arabe?
 - III. Êtes-vous âgés de 18 ans et plus?
 - IV. Êtes-vous ouvert à participer à une recherche?

Si la personne répond oui à l'ensemble des questions : « Vous répondez à l'ensemble des critères d'inclusion; vous êtes donc admissibles à participer à cette étude. Prenons un moment pour convenir de la date, de l'heure et du lieu de la rencontre. »

Si la personne répond non à l'une des questions : « Vous ne répondez pas à l'ensemble des critères d'inclusion; vous n'êtes donc pas admissibles à participer à cette étude. Je vous remercie pour votre intérêt. »

- B) Si non: « Nous vous remercions pour votre réponse. »

Pour avoir plus d'information

Vous pouvez contacter Lara maillet (chercheuse principale) par téléphone au (819) 780-2220 poste 45321 ou par courrier électronique: lara.maillet@usherbrooke.ca ou contacter Geneviève Laliberté (co-chercheuse) par téléphone au (819) 821-8000 poste 63191 ou par courrier électronique: genevieve.laliberte2@usherbrooke.ca.

Merci beaucoup.

Appendice E

Invitation à participer pour les personnes réfugiées, entrevues de groupe

En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec - Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)

Invitation à participer, Utilisateurs, Entrevue de groupe

Madame/Monsieur,

Une équipe de chercheur mène un projet de recherche intitulé :

**EN TEMPS ET LIEUX : PRENDRE LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE POUR
LES PERSONNES RÉFUGIÉES AU QUÉBEC**

Le projet vise à explorer et comprendre les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées. Le but de cette étude exploratoire est, entre autre, d'enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployé via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), notamment le volet d'évaluation psychosociale de ce bilan.

Vous êtes invité(e) à participer à cette recherche parce que nous croyons que vous représentez la population de personnes réfugiées récemment arrivée à Sherbrooke.

Ce projet de recherche est financé par le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec*. Il est approuvé par le comité d'éthique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Projet MP-31-2018-2548).

Participation attendue

Les personnes intéressées par cette recherche sont invitées à participer à une entrevue de groupe d'environ 120 minutes qui aura lieu le XXXXXX 2018 de XXh-XXh au XXXXXX. L'adresse est le XXXXXX XXXXXX XXXXXX.

Avant de participer à l'entrevue, vous devrez lire et signer un formulaire de consentement qui abordera de façon détaillée votre participation à cette recherche. Un temps de réflexion est prévu pour vous permettre de poser des questions et de confirmer ou non votre participation à la recherche. Avec votre autorisation, l'entrevue de groupe sera enregistrée. Elle aura lieu à l'Intervention de quartier *Des Jardins Fleuris* afin d'être réalisée en toute quiétude ainsi que de préserver la confidentialité et de protéger votre vie privée. De plus, les groupes seront non-mixtes, c'est-à-dire qu'ils seront composés uniquement d'hommes ou de femmes, et une ou un interprète sera présent(e) afin de favoriser la communication entre les participants.

Projet MP-31-2018-2548 (V1_2018-02-28)

Confirmation de la participation

Êtes-vous intéressé(e) à participer à ce projet de recherche?

- A) Si oui: « Nous vous remercions de votre intérêt. J'aimerais maintenant vérifier votre admissibilité à participer à cette recherche. Je vous invite donc à répondre oui ou non aux questions suivantes:

- V. Vivez-vous à Sherbrooke depuis plus de 18 mois et moins de 3 ans?
- VI. Parlez-vous le français, le swahili ou l'arabe?
- VII. Êtes-vous âgés de 18 ans et plus?
- VIII. Êtes-vous ouvert à participer à une recherche?

Si la personne répond oui à l'ensemble des questions : « Vous répondez à l'ensemble des critères d'inclusion; vous êtes donc admissibles à participer à cette étude. Prenons un moment pour convenir de la date, de l'heure et du lieu de la rencontre. »

Si la personne répond non à l'une des questions : « Vous ne répondez pas à l'ensemble des critères d'inclusion; vous n'êtes donc pas admissibles à participer à cette étude. Je vous remercie pour votre intérêt. »

- B) Si non: « Nous vous remercions pour votre réponse. »

Pour avoir plus d'information

Vous pouvez contacter Lara maillet (chercheuse principale) par téléphone au (819) 780-2220 poste 45321 ou par courrier électronique: lara.maillet@usherbrooke.ca ou contacter Geneviève Laliberté (co-chercheuse) par téléphone au (819) 821-8000 poste 63191 ou par courrier électronique: genevieve.laliberte2@usherbrooke.ca.

Merci beaucoup.

Appendice F

Formulaire de consentement en français pour l'entrevue individuelle auprès des
personnes réfugiées



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE pour l'entrevue avec les utilisateurs de services de santé, sociaux et communautaires

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

EN TEMPS ET LIEUX : PRENDRE LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE POUR
LES PERSONNES RÉFUGIÉES AU QUÉBEC

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheuse principal(e)

Lara Maillet, Ph.D., Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS (chercheuse principale)

Co-chercheur(euse)

Helen-Maria Vasiliadis, PhD. Université de Sherbrooke

Christine Loignon, PhD. Université de Sherbrooke

Dre France Desjardins. Clinique des réfugiés, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Maryse Benoit, PhD. Université de Sherbrooke

Mélanie Gagnon, PhD. Centre d'expertise pour le bien-être et la santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Djamal Berbiche, Ph. D. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-le-Moyne

Geneviève Laliberté, PsyD. (cand), Université de Sherbrooke

Agente de recherche

Brigitte Vaillancourt, M. Sc. IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Luiza Maria Manceau, M. Sc. IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

NUMÉRO DE DOSSIER

MP-31-2018-2548

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche est financé par le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec*.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que nous croyons que vous représentez la population de personnes réfugiées récemment arrivée à Sherbrooke. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La présente recherche vise à contribuer à créer des indicateurs de santé mentale fiables et contextualisés pour les Cliniques des réfugiés du Québec afin d'enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployés via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pour atteindre ce but, nous souhaitons notamment comprendre les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées pour valider les indicateurs de santé mentale et les variables de temps recensés dans la littérature internationale tout en les enrichissant.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche se déroulera sur une durée de 12 mois.

- Vous participerez à une (1) entrevue individuelle semi-dirigée qui portera sur vos perceptions et vos attitudes à l'égard de la santé mentale.
- L'entrevue sera d'une durée approximative de 90 minutes.
- L'entrevue sera enregistrée.
- L'entrevue aura lieu en face-à-face dans un endroit qui permettra de préserver la confidentialité et de protéger votre vie privée.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

- Se présenter au lieu de rencontre choisi et à l'heure prévue pour l'entrevue.
- Lire et signer le présent formulaire de consentement.
- Partager son point de vue sur votre parcours migratoire, vos caractéristiques individuelles et culturelles ainsi que votre utilisation des services de santé et sociaux.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions qui vous demandent de partager votre opinion ou votre vécu. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes.

INCONVÉNIENTS

- Il vous faudra réserver dans votre horaire une (1) période de 90 minutes pour réaliser l'entrevue. Le temps qui y sera consacré pourrait être un inconvénient.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à développer une meilleure compréhension des perceptions et des attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale. De plus, vous pourriez contribuer à enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployés via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse principale du projet ou à l'un des membres de l'équipe affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les services auxquelles vous avez droit et vos relations avec leurs dispensateurs de ces services ainsi que sur vos relations avec la chercheuse principale du projet et les autres membres de l'équipe de recherche.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par la chercheuse principale de l'étude durant cinq (5) ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement ou par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, nous recueillerons et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, votre adresse, votre sexe et votre date de naissance;
- Votre point de vue sur votre parcours migratoire, vos caractéristiques individuelles et culturelles ainsi que votre utilisation des services de santé et sociaux.

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un pseudonyme. La clé du code (réf. au pseudonyme) reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par la chercheuse principale.

À la fin du projet de recherche, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront rendues anonymes, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées;
- Faire l'objet de discussions scientifiques.

Quant à vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées), ils seront conservés, dans un dossier séparé, pendant cinq (5) ans après la fin du projet par la chercheuse principale et seront détruits selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la suite.

Les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou l'établissement détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche, l'établissement ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez liés à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale du projet de recherche ou les membres de son équipe aux numéros suivants :

- Lara Maillet, chercheuse principale, par téléphone au (819) 780-2220 #45321 ou par courrier électronique : lmaillet.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1-866-917-7903.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via ethique.chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient dans les cinq (5) prochaines années, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

Nom et signature du témoin

Date

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Appendice G

Formulaire de consentement en anglais pour l'entrevue individuelle auprès des personnes
réfugiées

RESEARCH INFORMATION AND CONSENT FORM

Study title: In times and places: measuring social inequalities in mental health for refugees in Quebec

Study number and date: MP-31-2018-2548

Funding agency: *The Quebec Population Health Research Network*

Research team: Lara Maillet, Ph.D., Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS (PI); Helen-Maria Vasiliadis, Ph.D., Université de Sherbrooke; Christine Loignon, Ph.D., Université de Sherbrooke; Dre France Desjardins, Clinique des réfugiés, CIUSSS de l'Estrie-CHUS; Maryse Benoit, Ph.D., Université de Sherbrooke; Mélanie Gagnon, Ph.D., Centre d'expertise pour le bien-être et la santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal; Djamal Berbiche, Ph.D., Centre de recherche de l'Hôpital Charles-le-Moyne; Geneviève Laliberté, Psy.D. (cand), Université de Sherbrooke

Research assistant: *Brigitte Vaillancourt, M.Sc.; Luiza Maria Manceau, M. Sc., IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS*

FOR INFORMATION

From Monday through Friday, from 9am and 5pm, you can reach:

Mrs. Lara Maillet	Tel.: 819-780-2220, ext. 45321
Principal investigator	lmaillet.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca
Mrs. Luiza Maria Manceau	Tel.: 819-780-2220, ext. 45739
Research Assistant	XXXXX@XXXXXX.com

We are asking for your participation in a research study, because we believe that you represent the refugees' population recently arrived in Sherbrooke. However, before you accept to participate, take the time to read, understand and carefully consider the following information. If you accept to take part in this research study, you will have to sign the consent form at the end of this document and we will give you a signed copy for your own records.

In this Information and Consent Form you will find explanations about the goal of the study, its procedures, its risks and inconveniences, its advantages as well as the names of the people to reach if needed. This document may contain information or words that you do not understand. You should ask the study investigator or members of the study staff to answer your questions and explain any word or information you do not understand.

NATURE AND OBJECTIVES OF THE RESEARCH STUDY

This study aims to create reliable and contextualized mental health indicators for Quebec province Refugees' Clinics in order to improve the *Refugees' Health and welfare Assessment* proposed by the Ministère de la Santé et des Services sociaux.

To achieve this goal, we wish to understand perceptions and attitudes regarding refugees' mental health to validate and enrich mental health indicators and timing identified by an international literature review.

STUDY PROCEDURES

This study will take place over a 12 month period.

- If you accept to participate in the study, you will have to participate in one (1) interview that will focus on: perceptions and attitudes regarding mental health.
- The interview will last approximately 90 minutes.
- The interview will be recorded.
- The interview will be conducted face-to-face in a location that preserve confidentiality and protecting your privacy.

PARTICIPANT'S COOPERATION

- Go to the chosen meeting location at the scheduled time for the interview.
- Read and sign this Research Information and Consent Form.
- Share views on your: migratory journey, individual and cultural characteristics as well as your health and social services use.

RISKS ASSOCIATED WITH PARTICIPATION IN THIS RESEARCH STUDY

You may feel some discomfort due to the recording of the interview or with sharing views on certain issues. If this is the case, you will be free to request that the recording be stopped and free not to answer any questions you feel are troublesome.

INCONVENIENCES ASSOCIATED WITH PARTICIPATION IN THE STUDY

You will need to book one (1) period of 90 minutes in your schedule to complete the interview. The time devoted to this interview may be a disadvantage.

BENEFITS RESULTING FROM YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH STUDY

You will not personally benefit from your participation in this research study. However, the information resulting from this study may help increase our knowledge about perceptions and attitudes regarding refugees' mental health. It may also contribute to enrich the MSSS' Refugees' Health and welfare Assessment.

VOLUNTARY PARTICIPATION AND THE RIGHT TO WITHDRAWAL

Your participation in this research study is voluntary. Therefore, you may refuse to participate. You may also withdraw from the study at any time, without giving any reason, by informing the principal investigator in charge of this research or a member of the research team.

Your decision not to participate in the study or to withdraw from it will have no impact on the quality of care and services you are otherwise entitled or on your relationship with their providers, the principal investigator and other members of the research team.

If you withdraw or are withdrawn from the study, information collected during the study will nonetheless be stored, analysed or used to protect the scientific integrity of the research study.

Any new findings that could influence your decision to stay in the research study will be shared with you as soon as possible.

CONFIDENTIALITY

Collection – Reason for which personal information is required

During your participation in this study, the principal investigator in charge of this research and their team will collect and record information about you in a study file. They will only collect information required to meet the scientific goals of the study such as:

- Your name, address, gender and date of birth;
- Your views on your: migratory journey, individual and cultural characteristics as well as your health and social services use.

Data storage - protection

All the information collected during the research study will remain strictly confidential to the extent provided by law. You will only be identified by a code number. The key to the

code linking your name to your study file will be kept by the principal investigator in charge of this research study.

Duration of data storage

The study data will be stored for five (5) years by the principal investigator in charge of this research. Thus, the data can: be used for other analyzes related to the project; be used for the development of future research projects.

After this period, the study data will be destroyed following the rules of the CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Dissemination of the results

The data may be published or shared during scientific meetings; however it will not be possible to identify you.

Right of access

The following people will have access to your research file:

- You have the right to consult your study file in order to verify the information gathered, and to have it corrected, if necessary, and as long as the principal investigator or the CIUSSS de l'Estrie-CHUS holds it.
- A person appointed by the CÉR du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, the CIUSSS de l'Estrie-CHUS or by authorized public authority, for monitoring and control purposes. All these individuals and organizations adhere to a privacy policy.

SHOULD YOU SUFFER ANY HARM

By agreeing to participate in this research study, you are not waiving any of your legal rights nor discharging the sponsor or the institution of their civil and professional responsibilities.

CONTACT PERSONS

If you have questions or if you have a problem you think may be related to your participation in this research study, or if you would like to withdraw, you may communicate with doctor in charge of this research study or with someone on the research team, please refer to the box on page 1.

For any question concerning your rights as a research participant taking part in this study, or if you have comments, or wish to file a complaint, you may communicate with the *Bureau des plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS* at the following number: 1-866-917-7903.

MONITORING OF ETHICAL ASPECTS OF THE STUDY

The *Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS* approved this study and is responsible for monitoring the study.

If you want to reach a member of the REB, please contact the *Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS* at the following number: 819-346-1110, ext.

12856.

FURTHER STUDY

In the event that a similar study would take place in the next five (5) years, do you accept to be contacted by a research team member in order to propose taking part again? Of course, following this invitation, you would be able to freely accept or refuse to participate.

Yes ☐No ☐

CONSENT

I have reviewed the information and consent form. Both the research study and the information and consent form were explained to me. My questions were answered, and I was given sufficient time to make a decision. After reflection, I consent to participate in this research study in accordance with the conditions stated above.

Name of participant	Signature of the research	Date
(block letters)	participant	

Name of witness	Signature of witness	Date
(block letters)		

I have explained the research project and the terms of this information and consent form to the research participant, and I answered all his/her questions.

Name of person obtaining consent	Signature of the person obtaining consent	Date
(block letters)		

Appendice H

Formulaire de consentement en français pour le groupe de discussion auprès des
personnes réfugiées

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE pour l'entrevue de groupe avec les utilisateurs de services de santé, sociaux et communautaires

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

EN TEMPS ET LIEUX : PRENDRE LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE POUR
LES PERSONNES RÉFUGIÉES AU QUÉBEC

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Équipe de recherche

Lara Maillet, Ph.D., Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS (chercheuse principale)

Dre France Desjardins, Clinique des réfugiés, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (co-chercheuse principale)

Helen-Maria Vasiliadis, PhD. Université de Sherbrooke

Christine Loignon, PhD. Université de Sherbrooke

.Maryse Benoit, PhD. Université de Sherbrooke

Mélanie PhD. Centre d'expertise pour le bien-être et la santé physique et des demandeurs d'asile
du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Djamal Berbiche, Ph. D. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-le-Moyne

Geneviève Laliberté, PsyD. (cand), Université de Sherbrooke

qadessa Adel Daouda Daouda

Agente de recherche

Brigitte Vaillancourt, M. Sc. IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Luiza Maria Manceau, M.

NUMÉRO DE DOSSIER

MP-31-2018-2548

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche est financé par le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec*.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que nous croyons que vous représentez la population de personnes réfugiées récemment arrivée à Sherbrooke. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Ce formulaire peut

contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La présente recherche vise à contribuer à créer des indicateurs de santé mentale fiables et contextualisés pour les Cliniques des réfugiés (CdR) du Québec afin d'enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployés via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pour atteindre ce but, nous souhaitons notamment comprendre les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées pour valider les indicateurs de santé mentale et les variables de temps recensés dans la littérature internationale tout en les enrichissant.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche se déroulera sur une durée de 12 mois.

- Vous participerez à une (1) entrevue de groupe qui portera sur vos perceptions et vos attitudes à l'égard de la santé mentale.
- L'entrevue de groupe sera d'une durée approximative de 120 minutes.
- L'entrevue de groupe sera enregistrée.
- L'entrevue de groupe aura lieu en face-à-face dans un endroit qui permettra de préserver la confidentialité et de protéger votre vie privée.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

- Se présenter au lieu de rencontre choisi et à l'heure prévue pour l'entrevue.
- Lire et signer le présent formulaire de consentement.
- Partager son point de vue sur votre parcours migratoire, vos caractéristiques individuelles et culturelles ainsi que votre utilisation des services de santé et sociaux.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions qui vous demandent de partager votre opinion ou votre vécu. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes.

Puisque vous aurez à partager votre opinion ou votre vécu, il est possible que vous ressentiez de la gêne ou un inconfort durant les rencontres. L'animation des entrevues de groupe sera conçue et réalisée de façon à mettre les participants le plus à l'aise possible, en rappelant notamment le droit à la différence. De plus, vous n'êtes en aucun cas obligé de répondre aux questions. Dans l'éventualité d'un inconfort, vous pourrez en faire part à l'animateur en privé ou devant le groupe. L'animateur prendra le temps de vous écouter et de voir avec vous ce qui peut vous rassurer.

INCONVÉNIENTS

- Il vous faudra réserver dans votre horaire une (1) période de 120 minutes pour réaliser les entrevues de groupe. Le temps qui y sera consacré pourrait être un inconvénient.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à développer une meilleure compréhension des perceptions et des attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale. De plus, vous pourriez contribuer à enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployés via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse principale du projet ou à l'un des membres de l'équipe affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les services auxquelles vous avez droit et vos relations avec leurs dispensateurs de ces services ainsi que sur vos relations avec la chercheuse principale du projet et les autres membres de l'équipe de recherche.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par la chercheuse principale de l'étude durant cinq (5) ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement ou par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, nous recueillerons et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, votre adresse, votre sexe et votre date de naissance;
- Votre point de vue sur votre parcours migratoire, vos caractéristiques individuelles et culturelles ainsi que votre utilisation des services de santé et sociaux.

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un pseudonyme. La clé du code (réf. au pseudonyme) reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par la chercheuse principale.

Comme il s'agit d'une rencontre de groupe, nous ne pouvons garantir la confidentialité, mais il sera précisé, en début de rencontre, que nous demandons aux participants la discrétion absolue en regard des propos émis durant la rencontre. Plus précisément, il vous sera demandé de ne pas discuter des opinions des autres participants suite à la rencontre de groupe. De plus, il est possible qu'un participant à la recherche soit identifié étant donné le petit nombre de participants par milieu.

À la fin du projet de recherche, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront rendues anonymes, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées;
- Faire l'objet de discussions scientifiques.

Quant à vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées), ils seront conservés, dans un dossier séparé, pendant cinq (5) ans après la fin du projet par la chercheuse principale et seront détruits selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la suite.

Les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou l'établissement détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche, l'établissement ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez reliés à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheure principale du projet de recherche ou les membres de son équipe aux numéros suivants :

- Lara Maillet, chercheure principale, par téléphone au (819) 780-2220 #45321 ou par courrier électronique : lmaillet.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1-866-917-7903.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via ethique.chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient dans les cinq (5) prochaines années, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

Nom et signature du témoin

Date

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Appendice I

Formulaire de consentement en anglais pour le groupe de discussion auprès des
personnes réfugiées

RESEARCH INFORMATION AND CONSENT FORM

Study title: In times and places: measuring social inequalities in mental health for refugees in Quebec

Study number and date: MP-31-2018-2548

Funding agency: *The Quebec Population Health Research Network*

Research team: Lara Maillet, Ph.D., Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS (PI); Helen-Maria Vasiliadis, Ph.D., Université de Sherbrooke; Christine Loignon, Ph.D., Université de Sherbrooke; Dre France Desjardins, Clinique des réfugiés, CIUSSS de l'Estrie-CHUS; Maryse Benoit, Ph.D., Université de Sherbrooke; Mélanie Gagnon, Ph.D., Centre d'expertise pour le bien-être et la santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal; Djamal Berbiche, Ph.D., Centre de recherche de l'Hôpital Charles-le-Moyne; Geneviève Laliberté, Psy.D. (cand), Université de Sherbrooke

Research assistant: *Brigitte Vaillancourt, M.Sc.; Luiza Maria Manceau, M. Sc., IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS*

FOR INFORMATION

From Monday through Friday, from 9am and 5pm, you can reach:

Mrs. Lara Maillet	Tel.: 819-780-2220, ext. 45321
Principal investigator	lmaillet.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca
Mrs. Luiza Maria Manceau	Tel.: 819-780-2220, ext. 45739
Research Assistant	luiza.maria.manceau@gmail.com

We are asking for your participation in a research study, because we believe that you represent the refugees' population recently arrived in Sherbrooke. However, before you accept to participate, take the time to read, understand and carefully consider the following information. If you accept to take part in this research study, you will have to sign the consent form at the end of this document and we will give you a signed copy for your own records.

In this Information and Consent Form you will find explanations about the goal of the study, its procedures, its risks and inconveniences, its advantages as well as the names of the people to reach if needed. This document may contain information or words that you do not understand. You should ask the study investigator or members of the study staff to answer your questions and explain any word or information you do not understand.

NATURE AND OBJECTIVES OF THE RESEARCH STUDY

This study aims to create reliable and contextualized mental health indicators for Quebec province Refugees' Clinics in order to improve the *Refugees' Health and welfare Assessment* proposed by the Ministère de la Santé et des Services sociaux.

To achieve this goal, we wish to understand perceptions and attitudes regarding refugees' mental health to validate and enrich mental health indicators and timing identified by an international literature review.

STUDY PROCEDURES

This study will take place over a 12 month period.

- If you accept to participate in the study, you will have to participate in one (1) group interview that will focus on: perceptions and attitudes regarding mental health.
- The group interview will last approximately 120 minutes.
- The group interview will be recorded.
- The group interview will be conducted face-to-face in a location that preserve confidentiality and protecting your privacy.

PARTICIPANT'S COOPERATION

- Go to the chosen meeting location at the scheduled time for the group interview.
- Read and sign this Research Information and Consent Form.
- Share views on your: migratory journey, individual and cultural characteristics as well as your health and social services use.

RISKS ASSOCIATED WITH PARTICIPATION IN THIS RESEARCH STUDY

You may feel some discomfort due to the recording of the group interview or with sharing views on certain issues. If this is the case, you will be free to request that the recording be stopped and free not to answer any questions you feel are troublesome.

Since you will have to share your opinion or experience, you may feel embarrassed or uncomfortable during the group interview. The group interview will be designed and carried out in a way that ensures participants to feel as comfortable as possible, including the right to have different views. In addition, you are under no obligation to answer questions. In the event of discomfort, you can notify the facilitator in private or in front of the group. The facilitator will take the time to listen to you and find ways to reassure you.

INCONVENIENCES ASSOCIATED WITH PARTICIPATION IN THE STUDY

You will need to book one (1) period of 120 minutes in your schedule to complete the group interview. The time devoted to this group interview may be a disadvantage.

BENEFITS RESULTING FROM YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH STUDY

You will not personally benefit from your participation in this research study. However, the information resulting from this study may help increase our knowledge about perceptions and attitudes regarding refugees' mental health. It may also contribute to enrich the MSSS' Refugees' Health and welfare Assessment.

VOLUNTARY PARTICIPATION AND THE RIGHT TO WITHDRAWAL

Your participation in this research study is voluntary. Therefore, you may refuse to participate. You may also withdraw from the study at any time, without giving any reason, by informing the principal investigator in charge of this research or a member of the research team.

Your decision not to participate in the study or to withdraw from it will have no impact on the quality of care and services you are otherwise entitled or on your relationship with their providers, the principal investigator and other members of the research team.

If you withdraw or are withdrawn from the study, information collected during the study will nonetheless be stored, analysed or used to protect the scientific integrity of the research study.

Any new findings that could influence your decision to stay in the research study will be shared with you as soon as possible.

CONFIDENTIALITY

Collection – Reason for which personal information is required

During your participation in this study, the principal investigator in charge of this research and their team will collect and record information about you in a study file. They will only collect information required to meet the scientific goals of the study such as:

- Your name, address, gender and date of birth;
- Your views on your: migratory journey, individual and cultural characteristics as well as your health and social services use.

Data storage - protection

All the information collected during the research study will remain strictly confidential to the extent provided by law. You will only be identified by a code number. The key to the code linking your name to your study file will be kept by the principal investigator in charge of this research study.

Since this is a group interview, we cannot guarantee confidentiality, but the participants' absolute discretion in relation to the statements made will be asked at the beginning of the meeting. More precisely, it will be asked to not discuss the opinions of others after the meeting. In addition, a participant in the research might be identified because of the small number of participants.

Duration of data storage

The study data will be stored for five (5) years by the principal investigator in charge of this research. Thus, the data can: be used for other analyzes related to the project; be used for the development of future research projects.

After this period, the study data will be destroyed following the rules of the CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Dissemination of the results

The data may be published or shared during scientific meetings; however it will not be possible to identify you.

Right of access

The following people will have access to your research file:

- You have the right to consult your study file in order to verify the information gathered, and to have it corrected, if necessary, and as long as the principal investigator or the CIUSSS de l'Estrie-CHUS holds it.
- A person appointed by the CÉR du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, the CIUSSS de l'Estrie-CHUS or by authorized public authority, for monitoring and control purposes. All these individuals and organizations adhere to a privacy policy.

SHOULD YOU SUFFER ANY HARM

By agreeing to participate in this research study, you are not waiving any of your legal rights nor discharging the sponsor or the institution of their civil and professional responsibilities.

CONTACT PERSONS

If you have questions or if you have a problem you think may be related to your participation in this research study, or if you would like to withdraw, you may communicate with doctor in charge of this research study or with someone on the research team, please refer to the box on page 1.

For any question concerning your rights as a research participant taking part in this study, or if you have comments, or wish to file a complaint, you may communicate with the *Bureau des plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS* at the following number: 1-866-917-7903.

MONITORING OF ETHICAL ASPECTS OF THE STUDY

The *Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS* approved this study and is responsible for monitoring the study.

If you want to reach a member of the REB, please contact the *Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS* at the following number: 819-346-1110, ext. 12856.

FURTHER STUDY

In the event that a similar study would take place in the next five (5) years, do you accept to be contacted by a research team member in order to propose taking part again? Of course, following this invitation, you would be able to freely accept or refuse to participate.

Yes ☐ No ☐

CONSENT

I have reviewed the information and consent form. Both the research study and the information and consent form were explained to me. My questions were answered, and I was given sufficient time to make a decision. After reflection, I consent to participate in this research study in accordance with the conditions stated above.

Name of participant	Signature of the research	Date
(block letters)	participant	

Name of witness	Signature of witness	Date
<i>(block letters)</i>		

I have explained the research project and the terms of this information and consent form to the research participant, and I answered all his/her questions.

Name of person obtaining consent	Signature of the person obtaining consent	Date
<i>(block letters)</i>		

Appendice J

Formulaire de consentement pour l'entrevue individuelle avec les professionnels

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE pour l'entrevue avec les professionnels

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

EN TEMPS ET LIEUX : PRENDRE LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES RÉFUGIÉES AU QUÉBEC

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheuse principal(e)

Lara Maillet, Ph.D., Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS (chercheuse principale)

Co-chercheur(euse)

Helen-Maria Vasiliadis, PhD. Université de Sherbrooke

Christine Loignon, PhD. Université de Sherbrooke

Dre France Desjardins. Clinique des réfugiés, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Maryse Benoit, PhD. Université de Sherbrooke

Mélanie Gagnon, PhD. Centre d'expertise pour le bien-être et la santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal

Djamal Berbiche, Ph. D. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-le-Moyne

Geneviève Laliberté, PsyD. (cand), Université de Sherbrooke

Agente de recherche

Brigitte Vaillancourt, M. Sc. IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Luiza Maria Manceau, M. Sc. IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

NUMÉRO DE DOSSIER

MP-31-2018-2548

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche est financé par le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec*.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous appartenez à un des groupes suivants:

- Groupe A - Gestionnaire: parce que vous pouvez prendre en charge ou agir quant aux décisions concernant l'organisation des services de première ligne du territoire offerts aux personnes réfugiées.
 - Groupe B - Professionnel: parce que nous croyons que vous représentez les professionnels qui travaillent auprès de la population de personnes réfugiées récemment arrivées à Sherbrooke.
- Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La présente recherche vise à contribuer à créer des indicateurs de santé mentale fiables et contextualisés pour les Cliniques des réfugiés (CdR) du Québec afin d'enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployés via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elle permettra, sur la base d'une étude exploratoire, d'enrichir le volet d'évaluation psychosociale de ce bilan.

Pour cela, nous avons quatre sous-objectifs :

1. Recenser, à travers la littérature internationale, les indicateurs essentiels en santé mentale des personnes réfugiées ainsi que les temps impartis (variables de temps) entre leur arrivée dans un pays accueil et les évaluations psychosociales;
2. Identifier les lacunes en santé mentale du *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* du plan ministériel du MSSS en le comparant aux indicateurs de santé mentale et variables de temps recensés;
3. Décrire le profil d'utilisateur des services sociaux et de santé des personnes réfugiées vues par la CdR depuis 2012 via l'entrepôt de données iCLSC;

4. Explorer et comprendre les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées auprès d'informateurs clés (ex. : personnes réfugiées, professionnels et gestionnaires de la santé et du social et d'organismes communautaires partenaires, gestionnaires des ministères concernés (ex. : MSSS, MIDI), etc.) pour valider les indicateurs de santé mentale tout en les enrichissant.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche se déroulera sur une durée de 12 mois.

- Vous participerez à une (1) entrevue individuelle semi-dirigée qui portera les perceptions et les attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale.
- L'entrevue sera d'une durée approximative de 60 minutes.
- L'entrevue sera enregistrée.
- L'entrevue aura lieu en face-à-face dans un endroit choisi par la chercheuse principale qui permettra de réaliser et enregistrer l'entrevue en toute quiétude ainsi que de préserver la confidentialité et de protéger votre vie privée.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

- Se présenter au lieu de rencontre choisi et à l'heure prévue pour l'entrevue.
- Lire et signer le présent formulaire de consentement.
- Partager son point de vue sur votre expérience en intervention et en évaluation auprès de la population de personnes réfugiées ainsi que les particularités culturelles.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions qui vous demandent de partager votre opinion ou votre vécu. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes.

Il est également possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques.

INCONVÉNIENTS

- Il vous faudra réserver dans votre horaire une (1) période de 60 minutes pour réaliser l'entrevue. Le temps qui y sera consacré pourrait être un inconvénient.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à développer une meilleure compréhension des perceptions et des attitudes des personnes réfugiées à l'égard de la santé mentale. De plus,

vous pourriez contribuer à créer des indicateurs de santé mentale fiables et contextualisés pour les Cliniques des réfugiés du Québec afin d'enrichir le *Bilan de santé et de bien-être des réfugiés* déployés via le plan ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse principale du projet ou à l'un des membres de l'équipe affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec la chercheuse principale du projet et les autres membres de l'équipe de recherche.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par la chercheuse principale de l'étude durant cinq (5) ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement ou par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, nous recueillerons et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, votre adresse, votre sexe et votre date de naissance;
- Votre point de vue sur votre expérience en intervention et en évaluation auprès de la population de personnes réfugiées ainsi que les particularités culturelles.

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un pseudonyme. La clé du code (réf. au pseudonyme) reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par la chercheuse principale.

À la fin du projet de recherche, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront rendues anonymes, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées;
- Faire l'objet de discussions scientifiques.

Quant à vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées), ils seront conservés, dans un dossier séparé, pendant cinq (5) ans après la fin du projet par la chercheuse principale et seront détruits selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la suite.

Les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou l'établissement détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche, l'établissement ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez reliés à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale du projet de recherche ou les membres de son équipe aux numéros suivants :

- Lara Maillet, chercheuse principale, par téléphone au (819) 780-2220 #45321 ou par courrier électronique : lmaillet.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1-866-917-7903.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute

modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via ethique.chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient dans les cinq (5) prochaines années, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Appendice K

Formulaire de collecte de données démographiques en français

Informations sur le participant – Personnes réfugiées

** Merci de compléter avec les informations appropriées.*

1) Âge: _____

2) Sexe: ☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre

3) Profession: _____

4) État civil: _____

5) Nombre d'enfants: _____

6) Langue parlée à la maison: _____

7) Source de revenu: ☐ Allocation de francisation

☐ Aide financière de dernier recours

☐ Emploi: _____

☐ Autre source : _____

8) Date d'arrivée au Canada: _____

9) Organisme d'accueil: ☐ AET

☐ SANC

☐ Autre organisme: _____

10) Pays de transit: _____

11) Pays d'origine: _____

12) Date de départ du pays d'origine: _____

Appendice L

Formulaire de collecte de données démographiques en anglais

Participant's demographics – Refugee's

** Please fill in the following fields.*

1) Age: _____

2) Gender: ☐ Female ☐ Male ☐ Other

3) Profession: _____

4) Marital status: _____

5) Number of children: _____

6) Language spoken at home: _____

7) Source of income: ☐ Francization allowance

☐ Last-resort financial assistance

☐ Job: _____

☐ Other source: _____

8) Arrival date in Canada: _____

9) Host institute: ☐ AET

☐ SANC

☐ Other institute: _____

10) Transit country: _____

11) Country of origin: _____

12) Country of origin departure date: _____

Appendice M

Grille d'observation

Grille d'observation

Observateur :

Animateurs :

Lieu :

Date :

Groupe ciblé :

Nombre de participants :

Formulaire de consentement et introduction à la session

Questions ou commentaires des participants :

Observations :

Retour sur la rencontre

Synthèse des animateurs

*En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec
Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)*

1. Définition de la santé mentale :

2. Difficultés de la communauté :

3. Expérience du BBE :

4. Recommandations :

Questions ou commentaires des participants sur la synthèse :

Autres commentaires :

Observations :

*En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec
Maillet, Vassiliadis, Loignon, Desjardins, Gagnon et coll. (2017)*

Appendice N

Arbre de codes

Laliberté, Benoit, Desjardins et Maillet

Arbre de codes : Novembre 2018



Processus d'entrevue

- Intro
- Difficulté traduction
- Conclusion et remerciement
- Retour
- Demande sans interprète
- Intervention de l'interprète
- Confusion raison du focus group
- Remerciement/enthousiasme des P
- Requêtes médicales personnelles

- Tranquillité
- Habituation
- Gêne d'être jugée
- Choc à l'arrivée
- Stress
- Pleurs
- Fierté maison
- Courage
- Pression des responsabilités
- Malaise
- Confiance en soi



Attitude

- Vue d'avenir
- Joie à Sherbrooke
- Joie pour enfant
- Apprécie qualité de vie - Liberté
- Joie d'avoir bon moral
- Incertitude en l'avenir
- Oublier les pertes
- Respect de la maladie mentale
- Empathie
- Enfant = motivation à s'intégrer
- Enfant = Motivation à être en forme
- Ne partage pas ses émotions
- Patience
- Travaillant
- Débrouillardise
- Honneur/fierté
- Incompréhension des gens travaillent pas
- Volonté implication économique
- Perspective d'avenir
- Tendance aller vers l'autre
- Pensée pour les familles restées là-bas
- Proactivité
- Jugement des personnes qui consultent
- Endurance et tolérance
- Humilité, reconnaissance
- Dépendance au système d'aide



Migration

- Conditions difficiles
- Maladie d'un enfant
- Présence de la famille
- Chronologie
- Harcèlement policier
- Menaces de déportation
- Discrimination
- Manque de soin spécialisé pour enfant
- Déménagements multiples
- Pertes matérielles
- Moment de quitter le pays
- Scolarisation des enfants
- Pécarié emploi
- Arrivée à Sherbrooke
- Entrevue préparatoire = perspective d'avenir
- Pas soins santé



Activités quotidiennes

- École
- Francisation.
- Travail
- Réseau social interculturel
- Bénévolat
- Achat maison



Sentiment



Médical

- Soutien du médecin

- Bon état de santé - Enfant
- Médecin détecte SM

Difficulté d'intégration

- Langue
- Isolement
- Isolement - responsabilité parentale
- Isolement - communication
- Isolement - famille élargie
- Isolement à l'arrivée
- Changement vestimentaire
- Changement alimentaire
- Méconnaissance de l'environnement
- Recherche d'emploi
- Santé Système compliqué
- Santé Délais r/v
- Non-reconnaissance diplôme
- Pas langue = pas travail
- Recherche logement
- Pas interprète pour médical
- Difficultés économiques
- Isolement dans la communauté
- Peu d'aide psychologique
- Choc culturel plus grand pour femmes (rôles)
- Rôle social pour les hommes
- Expérience de racisme

Facilitateur intégration

- Francisation
- Délais d'intégration
- Liberté
- Bon sommeil
- Bon pour la famille
- Éducation spécialisée
- Support familial
- Langue = travail
- Accès soins
- Réseau de soutien
- Support intergénérationnel
- Jeune âge = + facile

- IQ
- Sécurité et santé
- Accueil SANC
- Rapport positif avec les autorités

Culture

- Contraste mode de vie
- Pas parler pour protéger enfants
- Se dévouer pour la famille
- Isolement des femmes à la maison
- Croyance en dieu
- Dieu amène solution
- Différent pour chacun
- Choc - Contact hommes et femmes
- Refus de travailler autre domaine
- Pas vouloir payer taxes
- Proverbe pour l'harmonie (solution SM)
- Personne importante à la mosquée
- Tabou parler problèmes SM
- Malaise - interprète même culture
- Honte parler SM en FG
- Homme parle peu problèmes
- Plupart des afghans ne consultent pas
- Homme = Héro, pillier
- Femme souffrent en silence
- Homme parle plus facilement
- Ne rien faire = mauvais esprit
- Jeunes = perte de sens
- Confusion principe de consentement aux soins

Symptômes

- Sommeil
- Inquiétudes famille
- Tristesse
- Inquiétudes travail
- Pensées et cptms envahissants
- Inquiétudes conjugales
- Tourments
- État interne
- Absence mentale

- Sx = normal
- Souvenirs douloureux reviennent
- Inquiétudes santé
- Physique plutôt que psychologique
- Consommation drogue/alcool

Croyances SM

- Influence du moral
- Influence état enfant sur moral
- Maladie mentale - garder dans le coeur
- Pas parler rend malade
- Perte/décès rend malade
- Expérience personnelle rend compréhensif à l'é
- Expérience personnelle développe empathie
- Maladie mentale due à la guerre
- Maladie mentale due au passé
- Maladie mentale dues aux traumatismes
- Parler/attention aide sentir mieux
- Support familial = Facteur protection
- Dieu + médicament = guérison
- Guérison = support médical
- Guérison/protection = Amis
- Guérison nécessite argent
- Médical fonctionne pas toujours
- Besoin de soutien pour guérir
- Demander de l'aide atteint la fierté
- Demander de l'aide en cachette
- Difficile décrire SM
- SM - reconnaître par parole incohérente
- Répétition
- Oublie
- Rumination
- Conflits = facteur de risque
- Colère
- Absence/difficulté relationnelle
- Isolement de la communauté
- Pas lien avec religion
- Femmes croient religion et SM
- Guérison = rituel religieux
- Personnes âgées peur de parler SM
- Personne atteinte ne sait pas car atteinte
- Apparence physique négligée/excentrique
- Degrés de problèmes SM
- Souffrance peut être pas visible
- Peut trahir tout le monde
- Guérison = s'exprimer
- Prier soulage
- Prier ne soulage pas tout
- Guérir = technologies, voir dans la tête
- Vivre ses émotions = fac. protection
- Acceptation = fac. protection
- Réseau = facteur protection
- Résilience
- Fréquenter la mosquée
- Cours francisation aide si peu pression
- Emploi = fact. protection
- Exposition médias
- Stress financier = fact. risque
- Individualisme = fact. risque
- Victime de racisme = fact. risque
- Demeurer sur aide sociale = fact. risque
- Bonne SM = bons esprits
- Processus d'intégration = oubli passé, apaise
- Sécurité et respect = fact. protection
- Distinction maladie - notion de choix du cptm

BBE

- Ne se rappelle pas/pas de rencontre
- Intervenant
- Domicile
- CdR en famille
- Inquiétude - faire qqch mal
- Inquiétude - raison de la rencontre
- Satisfaction post-rencontre
- Inquiétude
- Présence interprète -
- Présence interprète +
- En sécurité pour parler

- Recommandation - CdR
- Recommandation - 3 à 5 mois
- Femmes afgh - obstacle à la communication
- Discuter pour mettre en confiance
- Rencontre après 1 an
- Rencontre familiale
- Information sur IQ
- Pas présent lors de la rencontre
- Recommandation 1 à 3 mois (1e)
- Recommandation - Plusieurs rencontres facilite
- Recommandation - activité facilite dévoilement
- Expérience au Qc augmente confiance
- Recommandation - dévoilement après 6 mois (1e)
- Recommandation - même intervenant
- Domicile sécurisant
- Rencontre plus sécurité, brise l'isolement
- Recommandation = 1 mois(mémoire, isolement)
- Personne doit accepter parler
- OK de questionner directement
- Pas OK de questionner directement
- Droit de refus - ne sait pas
- Pas de suivi post-rencontre
- Trop d'info durant la période d'intégration
- Droit de refus = OK
- Psychiatre = Psychologue
- Connaître le chemin pour se rendre
- Médication après parler
- Comparaison des services - Satisfaisant
- Pourquoi ces questions?
- Connaît l'IQ
- Temps d'intégration
- Pas de personne ressource
- Aide du réseau social
- Besoin contact 1eres semaines
- Aide sociale
- Psychologue = parler + solution
- 1e services offerts par SANC
- Pharmacien
- Infirmière
- Recommandation = sans r/v à CdR
- CdR
- AET vs SANC
- AET moins services accueil
- AET = indépendance financière
- Besoin psychoéducation
- Francisation - sensibiliser professeur aux enjeux
- Besoin interprète
- Besoin programme jumelage
- Psychologue
- Doit-on parler au Md de SM?

Pré-migration

- Pas de service santé mentale
- Service SM - prison
- Service SM = Hôpital psychiatrique
- S'adresser au conseiller du camp/ONG
- SANC = passé + difficile, - \$
- Psychologues dans le passé
- Psychiatrie
- Peur
- Prise charge par famille
- Kimili

Appendice O

Relevé de thèmes

Relevé de thèmes

Catégories	Thèmes principaux	Thèmes secondaires	Sous-thèmes
Attitudes et valeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Jugement des personnes qui consultent - Vouloir oublier les pertes - Proactivité et débrouillardise - Tendance à aller vers l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants = Motivation à s'intégrer - Honneur et fierté - Incertitude en l'avenir - Perspective d'avenir - Incompréhension des gens qui ne travaillent pas - Ne partage par ses émotions - Travaillant - Volonté d'implication économique (<i>qui</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance au système d'aide - Femme afgh : Endurance et tolérance - Homme afgh : Héro, pilier - Pensées pour les familles restées au pays d'origine
Sentiment	<ul style="list-style-type: none"> - Gêne d'être jugé - Pression des responsabilités - Stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Choc à l'arrivée - Confiance en soi (aide à accéder aux services) 	<ul style="list-style-type: none"> - Femme afgh : Fierté maison - Habituation et tranquillité - Malaise
Difficulté d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Langue - Système de santé : Délais et complexité 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement à l'arrivée - Choc culturel plus grand pour les femmes - Rôle social de l'homme change - Difficultés économique - Méconnaissance de l'environnement - Peu d'aide psychologique - Recherche d'emploi <p><i>*voir distinctions AET vs SANC</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement : Difficulté de communication, famille élargie, responsabilités parentale, dans la communauté - Pas langue = pas de travail - Non-reconnaissance du diplôme - Pas d'interprète pour médical - AET : Recherche de logement
Facilitateur d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> - Francisation - Réseau de soutien - Sécurité et santé - Bon pour la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès soins de santé et éducation - Accueil SANC* - Délais d'intégration normal - Langue = travail - Support familial 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge = plus facile - Rapport positif avec les autorités (expérience au Québec)

Culture	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion du principe de consentement - Tabou parler SM - Se dévouer pour la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Choc contact hommes et femmes - Croyances en Dieu - Différent pour chacun - Hommes parlent peu - Hommes parlent plus facilement (H_Afgh) - Femmes souffrent en silence (risque mariage, H_Afgh) - Femmes se soutiennent entre elles - Isolement des femmes à la maison - Malaise : Interprète même culture - Pas parler pour protéger les enfants (F_Afgh) - Plupart des afghans ne consultent pas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieu amène des solutions - Honte de parler de SM en FG (F_Afr) - Jeunes = perte de sens (Afr) - Ne rien faire = Mauvais esprits (Afr) - Personne importante à consulter à la mosquée (Afgh) - Refus de travailler dans un autre domaine (hommes)
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - Pensées et comportements envahissants - Souvenirs douloureux 	<ul style="list-style-type: none"> - État interne - Pleurs - Inquiétudes - Physique plutôt que psychologique - Sommeil - Tourments - Tristesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Inquiétudes : Conjugale (jalousie), famille, santé, travail - Consommation drogues et alcool
Croyances SM	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de soutien pour guérir - Besoin de médication pour guérir - Demander de l'aide atteint la fierté - Maladie mentale due au passé - Principaux facteurs de protection : Emploi, prier, réseau 	<p>Croyances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin peut détecter SM - Varient selon les générations - Demande de l'aide en cachette (Afgh) - Guérison = rituel religion - Pas de lien religion et SM 	<p>Croyances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proverbe pour l'harmonie (solution SM, Afgh) - Guérison : Technologies permettent voir dans la tête (F_Afr) - Bonne SM = Bons esprits (Afr)

	<ul style="list-style-type: none"> - Principal facteur de risque : Isolement de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> - Guérison = S'exprimer - Guérison = Oublier avec temps - Guérison nécessite argent - Médical ne fonctionne pas toujours - Maladies mentales dues au trauma/guerre - Soulagement : Parler/recevoir de l'attention - Personne atteinte ne sait pas car atteinte (Afr) - Pas toujours tout le monde - Peut ne pas être visible <p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés relationnelles - Colère - Degrés de problèmes de SM - Paroles incohérentes <p>Facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garder dans le cœur - Pertes/décès <p>Facteurs de protection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cours de francisation si peu de pression - Sécurité et respect 	<ul style="list-style-type: none"> - Guérison = Dieu + médication - Expérience personnelle développe empathie et compréhension - Femmes afgh : Religion et SM (H_afgh) - Personnes âgées peur de parler SM <p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparence physique négligée/excentrique - Distinction maladie : Notion de choix - Répétition - Rumination <p>Facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflits - Demeurer sur l'aide sociale - Exposition aux médias - Individualisme - État des enfants - Stress financier - Victime de racisme <p>Facteurs protection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amis - Famille - Acceptation - Vivre ses émotions
BBE	<ul style="list-style-type: none"> - Discuter augmente la confiance - Expérience au Québec augmente la confiance - Inquiétude lors du BBE 	<p>Positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information sur IQ - Lien intervenant - Ok de questionner directement - Présence de l'interprète + et – 	<ul style="list-style-type: none"> - Personne doit accepter de parler <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité facilite le dévoilement pour les femmes (H_Afgh)

	<ul style="list-style-type: none"> - Ne se rappelle pas/n'a pas eu de rencontre - Principales recommandations : 1^e rencontre 1 à 3 mois, meilleur moment 3 à 5 mois, dévoilement possible après 6 mois, Cdr, individuel, même intervenant 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre aide sentiment de sécurité, briser l'isolement - Satisfaction post-rencontre <p>Négatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Droit de refus – ne sait pas - Femme afgh : Obstacle de la communication - Pas Ok de questionner directement (F_afgh) - Présence de l'interprète + et – - A été rencontré après 1 an - Trop d'info. durant la période d'intégration 	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs rencontres facilitent dévoilement - BBE à 1 mois (mémoire, isolement)
Services	<ul style="list-style-type: none"> - Distinctions AET vs SANC - Besoin de contacts 1^{eres} semaines - Pourquoi ces questions? - Doit-on parler au médecin de santé mentale? 	<ul style="list-style-type: none"> - SANC : 1^e services offerts - AET moins services d'accueil - Aide du réseau social - Services satisfaisants - Connaitre le chemin pour se rendre - Temps d'intégration nécessaire <p>Services connus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CdR - IQ <p>Recommandation : Sans rv à CdR</p>	<p>Services connus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide sociale - Infirmière - Pharmacien - Confusion : Médecin (médicament + parler, médication après parler, psychiatre, psychologue, psychologue = parler + solution) <p>Besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interprète (documentation, courrier) (<i>qui?</i>) - Programme jumelage à l'arrivée - Psychoéducation - Francisation : Sensibiliser les professeurs aux enjeux culturels (Afgh)
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Processus d'entrevue : Remerciement/enthousiasme des participants 	<p>Pré-migration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clientèle SANC = passé + difficile, moins d'argent 	<p>Services SM pré-migration:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kimili (Afr), - Conseiller du camp (Afr)

	<ul style="list-style-type: none"> - Pré-migration : Pas de service de santé mentale, prise en charge par famille - Processus migratoire : Entrevue préparatoire influence perspective d'avenir 	Processus migratoire : <ul style="list-style-type: none"> - Conditions difficiles - Discrimination - Harcèlement policier - Pas de soins de santé - Pertes matérielles - Présence de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Prison - Hôpital psychiatrique Processus migratoire : <ul style="list-style-type: none"> - Maladie d'un enfant - Précarité d'emploi - Peu de scolarisation des enfants
--	---	---	--

Thème principaux : Sélectionnés par fréquence ou signification/importance

Extraction des grands thèmes : Perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale

DIFFICULTÉS

- Crainte d'être jugé par la communauté.
- Constitue un tabou dans plusieurs cultures. Demander de l'aide atteint la fierté.
- Principaux facteurs de risque externes : Isolement (à l'arrivée), barrière de la langue et la complexité du système de santé. Peu de services de soutien psychologique accessibles aux personnes réfugiées.
- Principaux facteurs de risque internes : Tendance à vouloir oublier ou à ne pas partager ses émotions. Chez les hommes : Pressions des responsabilités familiales et financières.

FACILITATEURS

- Principaux facteurs de protection externes : Intégration rapide de la francisation, présence d'un réseau de soutien est primordial à l'arrivée, impression de sécurité, accès aux services de santé, bon pour la famille, emploi
- Principaux facteurs de protection internes : Tendance à aller vers les autres, débrouillardise et proactivité. Prier.

CROYANCES SANTÉ MENTALE

- La maladie mentale est décrite comme :
 - Sx : Pensées et comportements envahissants, souvenirs douloureux, état interne, inquiétudes, conflits relationnels, Sx physiques
 - Guérison : Besoin de soutien, besoin de médicament, rituel religieux, besoin de s'exprimer, oublier avec le temps
 - Communautés africaines : Personne atteinte ne le sait pas car atteinte. Médecin peut reconnaître la maladie mentale.
 - Explication : Maladie mentale due aux expériences du passé (traumas et guerre)
-
- Caractéristiques typiques de la communauté afghane vs communauté africaines :
-
- Éléments commun à tous : Se dévouer pour la famille doit être inclus dans la compréhension des difficultés
 - Selon les femmes, les hommes parlent peu de leur souffrance psychologique entre eux. Les hommes disent se soutenir entre eux.
 - Dans la communauté afghane, il vaut mieux aller chercher de l'aide en cachette.
 - Femmes afghanes : Ne parle pas des difficultés pour protéger les enfants. Valeurs de tolérance et d'endurance des difficultés. Crainte de ne pas pouvoir se marier si stigmatisé.
 - Hommes afghans : Figure de héros et de pilier de la famille, s'investi dans le travail. Difficultés de santé mentale viennent lorsque la francisation n'est pas intégrée, que les rôles homme/femmes changent dans la famille, et que les responsabilités financières créent un stress important.
 - Femmes africaines : L'isolement à la maison est le principal facteur de risque.
 - Homme africains : La difficulté à se mobiliser et la perte de sens sont souvent des facteurs de risque aux difficultés d'intégration et de santé psychologique (mauvais esprit, abus de substance).

BBE

Confusion du principe de consentement aux soins et services

- Impression majoritaires face au BBE : Inquiétudes quant aux raisons de la rencontre et ne se rappelle pas d'avoir eu une rencontre
- Expérience au Québec et la discussion avec un même intervenant augmente la confiance et favorise le dévoilement
- Recommandations : Faire plusieurs rencontres, la 1^e durant le premier mois suivante l'arrivée. 3 à 5 mois suite à l'arrivée semble être le meilleur moment pour évaluer les besoins psychologiques, en gardant en tête que la capacité de s'ouvrir sur ses difficultés est plus grande à partir de 6 mois (connaissance de la langue, acculturation et compréhension du fonctionnement des services). Le dévoilement nécessite de créer un lien de confiance, idéalement lors de rencontres individuelles avec le même intervenant.

BESOINS

- Recommandation de psychoéducation à l'arrivée : Pourquoi ces questions? Doit-on parler au médecin de santé mentale?

Interprète : Besoin d'un interprète pour les services de santé et psychosociaux dès le début. Communauté Afghane : Malaise interprète de la même communauté.

Recommandation : Intervention de psychoéducation quelques mois suivant l'arrivée

- Service de parrainage par les familles de l'AET

-
-

Appendice P

Affiche scientifique : Perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées. Une étude exploratoire : Résultats préliminaires.

Perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées

Une étude exploratoire : Résultats préliminaires

Geneviève Laliberté (D.Psy, cand.), Maryse Benoit (Ph.D), Lara Maillet (Ph. D)

Dans le cadre du projet : "En temps et lieux : Prendre la mesure des inégalités sociales en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec"



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la région de la Capitale-Nord
Centre
régional universitaire
de Sherbrooke



Réseau de recherche
en santé des populations
du Québec



PROBLÉMATIQUE

Au Québec, environ 6000 personnes réfugiées sont accueillies annuellement. Depuis 2015, 7000 personnes réfugiées syriennes se sont ajoutées, pour un total d'environ 13 000 personnes

(Rapport annuel au Parlement sur l'immigration, 2017)

Vulnérabilité sociosanitaire des personnes réfugiées

- L'OMS soutient que l'interruption dans le continuum de services des personnes réfugiées renforce leur vulnérabilité, en raison du manque d'accès et du nombre limité de services offerts.
- Les personnes réfugiées sont à haut risque d'avoir des problèmes psychosociaux et de santé mentale, tels que la dépression et le trouble de stress post-traumatique. (Pottie et al., 2011)

Principaux facteurs de risques pouvant accroître la vulnérabilité socio-sanitaire des personnes réfugiées

- Précarité socio-économique
- Barrières linguistiques
- Expérience d'isolement et séparation familiale
- Exposition à la violence
- Problèmes de santé mentale et pathologies spécifiques à certaines régions et cultures (Munoz & Chirgwin 2007; Miszurka, Goulet et Zunzunegui, 2010)

Le programme Passerelle : Bilan de santé et de bien-être pour les nouveaux arrivants (BBE)

Comprend la collecte de données psychosociales liées aux déterminants pré-migratoires et migratoires, aux difficultés actuelles sur le plan familial ou social, ainsi qu'à la détresse ou les symptômes rapportés.



MÉTHODOLOGIE

Devis de recherche qualitatif



Participants et recrutement

- 30 participants de 18 ans +
- Au Canada depuis 18 à 36 mois, parlant français, swahili ou dari
- Entretiens professionnels : 2 travailleuses sociales de la clinique des réfugiés

Collecte de données

- Entretiens semi-directifs, incluant co-animateur et observateur pour les entretiens de groupe
- Présence d'interprète
- Lieu : Local d'intervention de quartier, connu des participants
- Thèmes : Parcours migratoire, particularités individuelles et culturelles, utilisation des services

Analyse thématique

- Démarche de thématisation séquentielle avec accord inter-juges



QUESTION ET OBJECTIFS

Quelles sont les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé mentale des personnes réfugiées?

- Dresser un portrait des difficultés, des facilitateurs et des besoins en santé mentale pour les personnes réfugiées selon leur perspective.
- Explorer les conceptions culturelles de la santé mentale et de la maladie mentale (sens des symptômes et des difficultés rencontrées, croyances associées à la guérison et aux services de soutien psychologique).
- Adresser le processus d'évaluation du BBE selon l'expérience des personnes réfugiées.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Processus de recrutement des participants et consentement libre et éclairé :

Considération du statut migratoire, du risque d'expérience de traumatismes et des barrières de la langue pouvant influencer la participation.

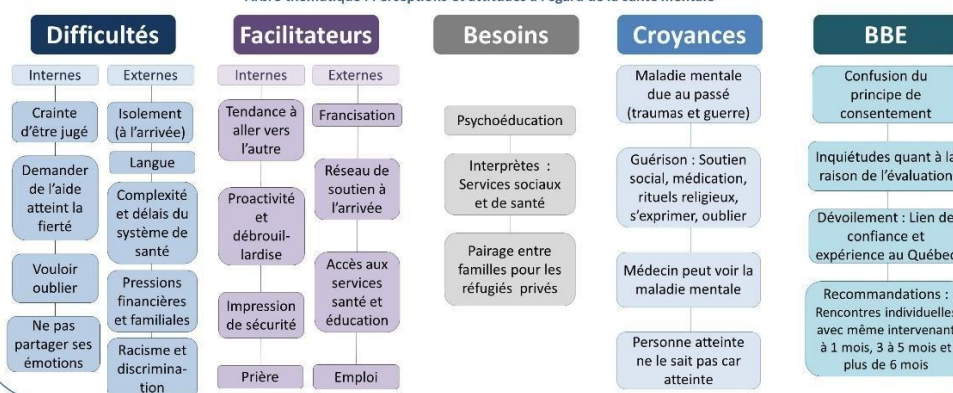
Moyens mis en place : Simplification du formulaire de consentement, mise à disposition d'interprètes, longues périodes de questions.

Déroulement des entretiens : Considération des participants comme des experts de leur propre expérience, intervention de soutien psychologique et référence au besoin dû à la nature sensible de certaines questions.

Conclusions de l'étude : Partage des résultats préliminaires avec les participants lors d'une rencontre permettant de nuancer et clarifier les résultats finaux.

RÉSULTATS

Arbre thématique : Perceptions et attitudes à l'égard de la santé mentale



CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES

Facteurs principaux ayant une influence positive sur la santé mentale :

- Présence d'un réseau de soutien dès l'arrivée.
- Intégration rapide à la francisation.
- Tendance à s'exprimer et à demander de l'aide.

Comprendre le manque d'accès et d'adaptation des services :

- Tendance à ne pas aller chercher de l'aide; est influencée par les tabous envers la santé mentale et l'atteinte à la fierté et l'honneur.
- Méconnaissance et complexité du système de santé, délais d'attente pour les services, et système de référencement qui tient peu compte du lien de confiance.

Recommandations pour améliorer le BBE :

- Effectuer le BBE sur plusieurs rencontres d'évaluation individuelles avec le même intervenant.
- Rencontres à < 1 mois, 3 à 5 mois, > 6 mois suivant l'arrivée.

Recommandations pour faciliter le processus d'intégration :

- Offrir de la psychoéducation et des services d'interprétariat de manière systématique.
- Organiser un système de pairage entre familles pour les réfugiés issus de parrainages privés.

Références

- Miszurka, M., Goulet, L., et Zunzunegui, M., V. (2010) Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 101(5), 358-364.
- Munoz, M. et Chirgwin, J., C. (2007) Les immigrants et les demandeurs d'asile: nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*, 42(2), 33-44.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M. (2011) Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-925.
- Rapport annuel au Parlement sur l'immigration (2017). *Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada*, 47.

Appendice Q

Preuve de soumission

Le 27 mars 2020

Geneviève Laliberté

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : « AMÉLIORER LES SERVICES D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE OFFERTS AUX PERSONNES RÉFUGIÉES À LEUR ARRIVÉE AU QUÉBEC ».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre *Revue*, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Suzanne Léveillé,
directrice

Vous pouvez accéder au formulaire par le lien suivant :
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw045.affiche_fiche_formulaire?owa_no_site=1635&owa_no_fiche=6&owa_bottin=0 .